



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

OdASanté

EMBARGO
Freitag, 11.12.2009
9h30 Uhr

Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009

Personalbedarf und Massnahmen zur
Personalsicherung auf nationaler Ebene

Ein Projekt von GDK und OdASanté

Bern, 09.12.2009

Impressum

© Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté)

Herausgeber: GDK und OdASanté

Publikationszeitpunkt: Dezember 2009.

Der Bericht entstand unter der Begleitung einer Steuergruppe mit Vertretern der folgenden Organisationen: Kantonale Gesundheitsdirektionen (3), Zentralsekretariat GDK (1), H+ Die Spitäler der Schweiz (1), CURAVIVA (1), Spitex Verband Schweiz (1), SVBG Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (1), Kantonale Oda Gesundheit (2), Geschäftsstelle OdASanté (1), Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT (1), Bundesamt für Gesundheit BAG (1).

Projektleitung

Annette Grünig, GDK

Externer Auftragnehmer

Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach

Autoren

Peter Dolder, Annette Grünig

Grosser Dank geht an die folgenden Personen:

Mitglieder der Steuergruppe

Thomas Baumeler, BBT

Madeleine Ducommun-Capponi, Domicil Bern

Heinz Frey, Geschäftsstelle H+

Catherine Gasser, BAG

Barbara Hedinger, Spitex Stadt Luzern

Danny Heilbronn, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Emmanuel Hofer, Zentralschweizer Interessengemeinschaft Gesundheitsberufe ZIGG

Regula Jenzer Bürcher, Gesundheitsnetz Wallis

Roswitha Koch, SBK

Ursula Ledermann Bulti, Direction générale de la santé du canton de Genève

Angelika Locher, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Urs Sieber, OdASanté

Übersetzung

Geneviève Kissling, mimetis

Layout / Redaktion

Kathrin Huber, GDK

Lektorat

Kathrin Huber, Ursula Ledermann Bulti, Isabelle Taban

Diese Publikation steht als PDF in deutscher und französischer Sprache unter www.gdk-cds.ch und www.odasante.ch zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

IMPRESSUM	2
INHALTSVERZEICHNIS	3
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
ZUSAMMENFASSUNG	6
TEIL I : ANALYSE DER RELEVANTEN AUSGANGSGRÖSSEN	15
1 Personalbestand in Gesundheitsberufen: Die Studie des Obsan	15
1.1 Einführung	15
1.2 Personal im Jahr 2006 in Spitälern, Heimen und der Spitex nach Qualifikationen	15
1.3 Personal im Jahr 2006 nach Kantonen	18
1.4 Exkurs: Personal nach Nationalität	18
1.5 Lücken	20
2 Studierende / Lernende und Bildungsanbieter	21
2.1 Berufsausbildungen in Gesundheitsberufen im Jahr 2008	21
2.2 Die Entwicklung 2000 bis 2008	22
2.3 Ausbildungen an Mittelschulen	30
2.4 Bildungsanbieter in tertiären Bildungsgängen	31
2.5 Nachdiplome und Nachdiplomkurse	31
3 Rekrutierungspotential	33
3.1 Erstausbildungen auf Sekundarstufe II	33
3.2 Tertiäre Erstausbildungen	34
3.3 Rekrutierungspotential Erwachsene	35
4 Aktuelle Fördermassnahmen	38
4.1 Die Umfrage bei den Kantonen	38
4.2 Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials	38
4.3 Förderung der praktischen Ausbildung in den Betrieben	41
4.4 Personalerhaltung und Eingliederung der neuen Berufsbilder in die bestehenden Personalstrukturen	44
4.5 Beurteilung der aktuellen Personalsituation	45
TEIL II : EINSCHÄTZUNG DER BEDARFSENTWICKLUNG	47
5 Personalbedarf 2020	47
5.1 Ergebnisse der Obsan-Studie	47
5.2 Personalstruktur 2020	48
5.3 Bedarf nach beruflichem Nachwuchs	48
5.4 Nachwuchsbedarf und Ausbildungsleistung nach Berufsgruppen	51
5.5 Nachwuchsbedarf nach Versorgungsbereichen	53
5.6 Nachwuchsbedarf nach Kantonen	54
5.7 Intervenierende Faktoren	55
5.8 Fazit	59

TEIL III : HANDLUNGSBEDARF	60
6 Handlungsebenen und Handlungsbedarf	60
6.1 Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials für Gesundheitsberufe	60
6.2 Ausschöpfung des Ausbildungspotentials der Praxis	62
6.3 Optimierter Einsatz des bestehenden Personals	64
6.4 Personalerhaltung	65
6.5 Prioritäre Massnahmenvorschläge	67
TEIL IV MASSNAHMEN AUF STEUERUNGS- UND PLANUNGSEBENE	69
7 Massnahmen auf Steuerungsebene	69
7.1 Harmonisierung des Gesamtsystems der Steuerung der praktischen Ausbildung	69
7.2 Kantonsübergreifende Steuerung des tertiären Bildungsangebots	70
8 Massnahmen auf Planungsebene	71
8.1 Verbesserung und Verfeinerung der Datenbasis	71
8.2 Periodische Bestandesaufnahme (Indikatorensystem)	72
8.3 Massnahmenevaluation	73
GLOSSAR	75
ANHÄNGE	77

Abkürzungsverzeichnis

AT	Bildungsgang Aktivierung
BBG	Berufsbildungsgesetz
BBV	Berufsbildungsverordnung
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Berufsmaturität
BMA	Biomedizinische Analytik
DH	Dentalhygiene
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
EDK	Schweizerische Erziehungsdirektorenkonferenz
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
ERB	Erährungsberatung
ERGO	Ergotherapie
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
FA SRK	Fähigkeitsausweis SRK in praktischer Krankenpflege
FaGe	Fachfrau/Fachmann Gesundheit (bis 31.12.2008: Fachangestellte Gesundheit)
FH	Fachhochschule
FMS	Fachmittelschule
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
HEB	Hebammen/Entbindungshelfer
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
HF	Höhere Fachschule
HöFa	Höhere Fach- und Führungsausbildung
k.A.	Keine Angaben
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LTT	Lernbereich Training und Transfer (Höhere Fachschulen)
MLAB	Medizinische/r Laborant/in
MPA	Medizinische/r Praxisassistent/in
MTR	Medizinisch-technische Radiologie
MTRA	Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in (nach neuem Rahmenlehrplan: Fachfrau/Fachmann für medizinisch-technische Radiologie)
MTT	Medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Berufe
NAB	Neue Ausbildungsbestimmungen
NBS	Neue Bildungssystematik
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
OPT	Orthoptik
OT	Operationstechnik
PA	Pflegeassistenz
PHYS	Physiotherapie
RS	Rettungssanität
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SCRIS	Service cantonal de recherche et d'information statistiques
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
ÜK	Überbetriebliche Kurse

Zusammenfassung

Auftrag, Ziele und Adressaten des Berichts

Der Vorstand der GDK und der Vorstand der OdASanté haben Ende November 2008 einen nationalen Versorgungsbericht für das nichtärztliche Gesundheitspersonal in Auftrag gegeben. Mit der Erarbeitung des Berichts wurde eine Steuergruppe beauftragt. Ihre Zusammensetzung ist im Impressum ersichtlich.

Anlass zu diesem Bericht hat unter anderem die erwartete Zunahme des Personalbedarfs im Gesundheitswesen gegeben, die durch die Resultate der im Februar 2009 veröffentlichten Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums "Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020" (im Folgenden als „Obsan-Studie“ zitiert) bestätigt wurde. Dieser Bericht hat eine grosse Resonanz zur Frage der Sicherung der personellen Ressourcen im Gesundheitswesen erzeugt und einen Bedarf nach vertiefter Analyse von Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten ausgelöst.

Gemäss Auftrag soll der vorliegende Bericht auf der Grundlage der Daten der Obsan-Studie, der Bildungsstatistiken und ergänzendem Datenmaterial eine umfassende und differenzierte Analyse der folgenden Punkte vornehmen:

- Bestand des Personals in nicht-universitären Gesundheitsberufen im Akut-, Langzeit- und Spitexbereich,
- Ausbildungszahlen und Entwicklung des Rekrutierungspotentials,
- zu erwartender Nachwuchsbedarf,
- Differenz zwischen dem Nachwuchsbedarf und den Ausbildungszahlen.

Zudem soll der Bericht:

- Massnahmen zur nachhaltigen Sicherung der personellen Ressourcen aufzeigen,
- Vorschläge und Instrumente für die Umsetzung enthalten,
- Empfehlungen für die Verbesserung der Datenbasis abgeben.

Die Berichtstruktur folgt der Logik der aufgeführten Punkte in dieser Reihenfolge.

Der Bericht richtet sich im Sinn von Handlungsempfehlungen in erster Linie an die kantonalen Behörden, die Trägerverbände der OdASanté, die kantonalen Organisationen der Arbeitswelt und die Betriebe aus den verschiedenen Versorgungsbereichen. Letzteren kommt bei der nachhaltigen Sicherung der personellen Ressourcen der Branche eine zentrale Rolle zu. Den Bundesbehörden (BBT und BAG) sowie der interessierten Öffentlichkeit dient der Bericht als Informationsquelle zur Problemlage und zu möglichen Massnahmen.

Die Analyse des Ist-Zustandes

Der aktuelle Personalbestand

Ausgangslage für die Bestimmung des künftigen Personalbedarfs in Gesundheitsberufen bildet der aktuelle Personalbestand. Um erneute komplizierte Hochrechnungen zur Kompensation von Datenlücken zu vermeiden, greift der vorliegende Bericht auf die sorgfältig aufbereiteten Angaben der Obsan-Studie zurück. Diese weist für das Jahr 2006 den folgenden Bestand von Mitarbeitenden in nicht-universitären Gesundheitsberufen in Spitälern und Kliniken, Alters- und Pflegeheimen und in der Spitex (ohne private Praxen, Labors und Institute) aus:

Mitarbeitende in nicht-universitären Gesundheitsberufen in Spitälern und Kliniken, Alters- und Pflegeheimen und in der Spitex	Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitex	Total
Tertiäre medizinisch-technische Berufe	8'977			8'977
Tertiäre medizinisch-therapeutische Berufe	4'663	1'000		5'663
Tertiäre MTT-Berufe total	13'640	1'000	0	14'640
Pflege und Betreuung Tertiärstufe	53'120	14'063	7'460	74'643
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	7'576	10'300	5'534	23'410
Pflege und Betreuung Assistenzstufe	8'173	22'641	7'795	38'609
Ungelernte in Pflege und Betreuung	6'967	6'596	4'043	17'606
Pflege und Betreuung total	75'836	53'600	24'832	154'268
Nicht-universitäre Gesundheitsberufe total	89'476	54'600	24'832	168'908

Die Entwicklung der Zahl der Abschlüsse in MTT-Gesundheitsberufen 2000 bis 2008

Die Zahl der Abschlüsse in medizinisch-therapeutischen Berufen zeigt im Zeitraum 2000 bis 2008 eine Zunahme. Im Zeitraum 2005/06 zeigt sich allerdings ein leichter Einbruch, bedingt durch die neue Positionierung dieser Berufe durch die Überführung in die neue Bildungssystematik des Bundes.

Eine umgekehrte Entwicklung mit einer leichten Hausse in den Jahren 2005 und 2006 zeigen die medizinisch-technischen Berufe. Im Jahr 2008 sind die Abschlusszahlen aber wieder auf das Niveau des Jahres 2000 zurückgegangen.

Die Entwicklung der Zahl der Abschlüsse in Pflege- und Betreuungsberufen 2000 bis 2008

Die Zugänge in tertiärer Pflege und Betreuung sind in den Jahren 2000 bis 2008 insgesamt rückläufig. Dieser Rückgang ist eng mit dem Auslaufen der DN I-Ausbildung verbunden, die in den Spitzenjahren bis gegen 1'000 Abschlüsse und im Jahr 2008 gerade noch knapp 340 Abschlüsse generiert hat. Dagegen konnten die Abschlusszahlen auf dem Qualifikationsniveau DN II/Diplomierte Pflegefachfrau gehalten werden.

Eine markante Entwicklung zeigen dagegen die Ausbildungen auf Sekundarstufe II. Im Gegensatz zu den rund 1'100 Abschlüssen im Jahr 2000 konnten im Jahr 2008 bereits über 2'300 Abschlüsse verzeichnet werden. Dies dank der erfolgreichen Einführung der Ausbildung zur Fach-

frau/Fachmann Gesundheit (FaGe). Der Blick auf die Zahl der im Jahr 2008 abgeschlossenen Lehrverträge zeigt, dass diese positive Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist.

Stark rückläufig sind die Abschlusszahlen auf Stufe Pflegeassistenz. Dies vor allem darum, weil verschiedene Kantone dieses Ausbildungsangebot bereits eingestellt haben. Während in den Spitzenjahren um die 1'200 Abschlüsse registriert wurden, waren es 2008 gerade noch knapp 750 Abschlüsse. Als Folgelösung wird ab 2012 die zweijährige berufliche Grundbildung Gesundheit und Soziales mit Berufsattest zur Verfügung stehen.

Insgesamt zeigt die Entwicklung der Abschlüsse in Berufsausbildungen in Pflege und Betreuung eine Zunahme von rund 3'750 Abschlüssen im Jahr 2000 auf über 5'200 Abschlüsse im Jahr 2008. Neu hat die Sekundarstufe II aber eine Zubringerfunktion für die Tertiärstufe. Wird diese berücksichtigt, ergibt sich nur noch ein geringfügiges Wachstum der jährlich neu dem Arbeitsmarkt zugeführten Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung.

Die absehbare Entwicklung des Rekrutierungspotentials

Die demographische Entwicklung zeigt für die kommenden Jahre einen deutlichen Einbruch der Abgänger/innen der Volksschule. Die Bildungsprognosen des BFS gehen davon aus, dass sich dieser Rückgang vor allem auf die berufliche Grundbildung und weniger auf die Mittelschulen auswirken wird. Die Rekrutierung von Lernenden der beruflichen Grundbildung wird somit in Zukunft schwieriger werden. Mit zeitlicher Verzögerung wird sich dies auch auf die Rekrutierungssituation für Absolvent/innen tertiärer Erstausbildungen auswirken.

Das Rekrutierungspotential der Erwachsenen ist schwer quantifizierbar. Zu ihnen gehören Quereinsteigende, Wiedereinsteigende und Mitarbeitende, die sich beruflich weiter entwickeln wollen.

Die Einschätzung der Bedarfsentwicklung

Methodik

Der künftige Bedarf nach beruflichem Nachwuchs in Gesundheitsberufen wird durch die beiden folgenden Faktoren massgeblich bestimmt:

- Den zusätzlichen Bedarf nach Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen durch die Entwicklung der Nachfrage nach pflegerischen, betreuerischen, therapeutischen und diagnostischen Leistungen. In dieser Hinsicht stützt sich unser Bericht auf die Prognosen der Ob-san-Studie.
- Den Ersatz des aus dem Berufsleben ausscheidenden Personals in Gesundheitsberufen. Der vorliegende Bericht baut auf Szenarien zur Berufsverweildauer in den verschiedenen Berufsgruppen auf.

Die Ergebnisse für die einzelnen Berufsgruppen im Überblick

Für jede Berufsgruppe wurde der ermittelte Nachwuchsbedarf der aktuellen Ausbildungsleistung gegenübergestellt und daraus die Differenz in Szenarien abgeleitet. Die folgende Tabelle gibt ei-

nen Überblick über den eingeschätzten Nachwuchsbedarf und die aktuellen Abschlusszahlen in den verschiedenen Berufsgruppen gemäss dem im Bericht aufgezeigten „mittleren Szenario“.

Nachwuchsbedarf in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Spitex im Vergleich mit der Ausbildungsleistung	Jährlicher Nachwuchsbedarf	ausgestellte Diplome im Mittel 2000 bis 2009	Differenz Nachwuchsbedarf und ausgestellte Diplome
Medizinisch-therapeutische Berufe	365	449	84
Medizinisch-technische Berufe	578	433	- 145
Hebammen	104	104	0
Pflegeberuf auf Tertiärstufe	4'694	2'279	-2'415
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II (inkl. Zubringerfunktion für die Pflegeausbildung auf Tertiärstufe)	4'423	(Im Jahr 2008 total 2'320 Abschlüsse; FaGe im Aufbau)	(im Jahr 2008 - 2'103 Abschlüsse)
Pflege und Betreuung Assistenzstufe	1'459	1'021	- 438
Pflege- und Betreuungskurse	2'791	ca. 3'200	ca. + 409
Total (ohne Nachwuchsbedarf der privaten Labors, Institute und Praxen)	14'414	9'806	-4'617

- In den tertiären medizinisch-therapeutischen Berufen (ohne Hebammen) arbeiten zahlreiche Angehörige dieser Berufsgruppen in privaten Labors und Instituten. Diese sind hier wegen mangelnder Daten nicht erfasst. Unter Berücksichtigung dieser Datenlücke dürfte sich für die tertiären medizinisch-therapeutischen Berufe eine Unterversorgung ergeben.
- Auch in den tertiären medizinisch-technischen Berufen liegt eine Datenlücke bezüglich der in privaten Labors und Instituten tätigen Berufsangehörigen vor. Die in der Tabelle aufgezeigte Lücke zwischen Bedarf und Ausbildungstätigkeit öffnet sich dadurch erheblich weiter.
- Eine vergleichbare Betrachtung gilt für die Hebammen. Auch hier ist ein (zunehmender) Teil der Berufsangehörigen auf privater Basis tätig.
- In der tertiären Pflege erreichen die heutigen Abschlusszahlen gerade knapp 52% des sich abzeichnenden Bedarfs, in den Berufen in Pflege und Betreuung auf Sekundarstufe II erreichen die Lehrabschlusszahlen des Jahres 2008 gerade knapp 60% des erwarteten Bedarfs. Auch auf Assistenzstufe liegen die Abschlusszahlen weit unter dem Bedarf. Einzig im Bereich der Pflege- und Betreuungskurse übersteigt die Bildungstätigkeit den Nachwuchsbedarf.

Fazit aus der Analyse

Die Zahl der neu dem Gesundheitswesen zugeführten Fachleute in nicht-universitären Gesundheitsberufen erreicht in keiner Berufsgruppe den zu erwartenden Bedarf. Im Bereich Pflege und Betreuung ist die Unterschreitung massiv.

Ohne rasche und substantielle Massnahmen kann die Versorgung mit genügend und genügend qualifiziertem Personal in Spitälern und Kliniken, im stationären Langzeitbereich, in teilstationären Einrichtungen und in der Spitex nicht gewährleistet werden. Mitbetroffen sind selbstverständlich auch die privaten Praxen, Labors und Institute.

Aktuelle Massnahmen in den Kantonen

In zahlreichen Kantonen wurden die sich abzeichnende Entwicklung erkannt und Massnahmen zur Korrektur eingeleitet. Die Massnahmen in den Kantonen und Betrieben bewegen sich auf den Ebenen:

- Ausbildungsrekrutierung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen,
- Rekrutierung von Erwachsenen (Wiedereinsteigende/Quereinsteigende),
- Förderung der praktischen Ausbildung in den Betrieben,
- Validierung von Bildungsleistungen,
- Personalerhaltung.

Bei der Ausbildungsrekrutierung sind besonders die von Betrieben angebotenen Schnuppertage oder -praktika zu nennen. Zudem werden die Gesundheitsberufe in den meisten Kantonen regelmässig an Ausbildungsmessen und an den Schulen präsentiert. Massnahmen können in denjenigen Kantonen mit besonderem Erfolg durchgeführt werden, wo der Aufwand der Beteiligten abgegolten wird, etwa für die Schnupperpraktika.

Das Potential an Wieder- und Quereinsteigenden wird in unterschiedlichem Ausmass ausgeschöpft. Dazu müssen die Personen nicht nur für eine Arbeit im Gesundheitswesen interessiert werden, sondern es müssen geeignete Aus- oder Weiterbildungsmöglichkeiten und finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche es den Interessierten erlauben, einer Ausbildung nachzugehen.

Zahlreiche Kantone bieten eine verkürzte Nachholbildung für den Abschluss EFZ Fachfrau/Fachmann Gesundheit an oder sie führen eine Validierung der erbrachten Bildungsleistungen durch. Damit können erfahrene Personen unter Berücksichtigung ihrer bereits erworbenen Kompetenzen einen aktuellen und anschlussfähigen Abschluss erlangen.

In rund der Hälfte der Kantone wird die Ausbildungstätigkeit in den Leistungsverträgen der Gesundheitsdirektion mit den öffentlichen Betrieben festgehalten und über diese auch abgegolten. Die Form der Verpflichtung und Abgeltung ist unterschiedlich. Die beste Wirkung zeigt sie dort, wo sie alle Versorgungsbereiche erreicht, zweckgebunden ausgerichtet ist und wo die effektive Ausbildungstätigkeit auch überprüft wird.

Die Westschweiz kennt für einige Ausbildungsgänge bzw. -stufen ein anderes System zur Finanzierung der praktischen Ausbildung: Die Mittel zur Abgeltung der Betriebe werden über Fonds verteilt. Diese sind je nach Ausbildungsstufe unterschiedlich organisiert und werden durch unterschiedliche Quellen gespiesen.

Handlungsebenen und Massnahmenvorschläge

Die heute bereits getroffenen Massnahmen reichen nicht aus, um die absehbaren Versorgungsengpässe abzuwenden. Bestehende Massnahmen müssen verstärkt oder es müssen neue ergriffen werden. Die Bewältigung der Herausforderung bedarf gemeinsamer Anstrengungen der Betriebe, der Branche und der Kantone.

Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials für Gesundheitsberufe

Die Palette der möglichen Massnahmen in diesem Bereich ist breit, sie umfasst namentlich die folgenden Elemente:

- Eine aktive und attraktive Berufskommunikation ist vorab Sache der Branchenverbände und der OdA. Eine finanzielle Unterstützung durch die Kantone steigert das Potential.
- Sache der Betriebe ist es, Interessierten einen ersten Einblick in die Gesundheitsberufe zu verschaffen. Betriebsübergreifende Zusammenarbeit und Koordination durch die Branche reduzieren den Aufwand und gewährleisten qualitativ gute Angebote.
- Der Wiedereinstieg in den Beruf wird durch angepasste Bildungsangebote und gute Rahmenbedingungen erleichtert. Handlungsträger sind die Betriebe, die Bildungsanbieter und auch die Kantone.
- Für die Rekrutierung von Quereinsteigenden sind angepasste Ausbildungsangebote und Rahmenbedingungen erforderlich, welche den Lebensunterhalt während der Ausbildung sicherstellen.
- Für den nicht-formalisierten Einstieg in die Gesundheitsinstitutionen bieten vorab die Pflegehelfer/innen-Kurse des SRK eine gute Basis.

Ausschöpfung des Ausbildungspotentials der Praxis

Die Institutionen müssen ihr Angebot an praktischer Ausbildung erhöhen. Die folgenden Massnahmen unterstützen dieses Ziel:

- Die Finanzierungsträger anerkennen die Ausbildungsleistungen der Praxis in allen Versorgungsbereichen ausdrücklich und entschädigen die Ausbildungskosten der Betriebe mit zweckgebundenen Beiträgen.
- Die oberste Führungsebene der Betriebe setzt sich mit der Nachwuchsförderung auseinander und formuliert eine Ausbildungsstrategie. Diese schöpft auch die Möglichkeiten zur zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit in der Ausbildung aus.
- Die Betriebe erheben ihr Potential für die praktische Ausbildung und schöpfen dieses aus. Betriebe mit guten Voraussetzungen bilden über ihre eigenen Bedürfnisse hinaus aus, um die Funktionsfähigkeit der Versorgungskette zu stützen.
- Die Betriebe überprüfen ihre Haltung zur Ausbildung. Praktische Ausbildung ist attraktiv, die Arbeitsleistung der Lernenden und Studierenden ist wertvoll, ebenso die von ihnen eingebrachten Impulse und die Aussensicht.

Optimierter Einsatz des Personals

Die Aufgabenstellungen in den Institutionen des Gesundheitswesens wandeln sich laufend. Die Bildungsreform hat neue Berufe mit neuen Kompetenzprofilen mit sich gebracht. Die optimale Ausschöpfung der Kompetenzen der Mitarbeitenden setzt eine Überprüfung von Prozessen und Standards und eine Anpassung des Skill- und Grademix voraus.

Personalerhaltung

Die Massnahmenebene der Personalerhaltung hat grosses Potential. Gelingt es, die mittlere Berufsverweildauer um ein Jahr zu verlängern, kann der jährliche Nachwuchsbedarf je nach Ausgangslage um 5% (bei einer bisherigen mittleren Berufsverweildauer von 20 Jahren) bis 10% (bei einer bisherigen mittleren Berufsverweildauer von 10 Jahren) gesenkt werden.

Der Fokus liegt vorab bei den nicht-monetären Massnahmen. Studien zeigen, dass hier die Schlüsselfaktoren für die Erhaltung des Personals liegen. Zur Gruppe dieser Massnahmen gehören insbesondere:

- Kompetenzgerechte Verteilung von Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten,
- angemessene Arbeitsbelastung und gerechte Arbeitsverteilung,
- Anerkennung und Wertschätzung durch Mitarbeitende und Vorgesetzte,
- Motivation durch Führung und Teamarbeit,
- Massnahmen der Personalentwicklung (z.B. Weiterbildungsmöglichkeiten),
- angepasste Arbeitszeitmodelle (u.a. zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf),
- Gesundheitsförderung.

Angesprochen sind hier vor allem die Betriebe und deren Personalstrategie. Aber auch die Branche kann durch Wissens- und Erfahrungstransfer und durch Branchenvergleiche unterstützen.

Massnahmen auf Steuerungs- und Planungsebene

Der vorliegende Bericht nimmt auch übergeordnete Fragen auf und soll Modell und Grundlage für die Schaffung eines zuverlässigen Planungs- und Steuerungsinstruments für die Versorgung mit Personal in Gesundheitsberufen bilden. Hierzu sind weitere Arbeiten zu leisten, die mit den folgenden Stichworten umschrieben sind:

Massnahmen auf Steuerungsebene

- Die Steuerung und Finanzierung der praktischen Ausbildung in Gesundheitsberufen muss auf der Ebene des Gesamtsystems (Bund, Krankenversicherer, Kantone, teilweise auch Gemeinden) harmonisiert werden. Ziel ist eine interkantonal harmonisierte, zweckgebundene und leistungsbezogene Abgeltung der praktischen Ausbildung, die alle Versorgungsbereiche (Spitäler, Heime, Spitex) und auch die privaten Institutionen erreicht.
- Kantonsübergreifende Steuerung des tertiären Bildungsangebots: Koordination der schulischen Angebotsplanung der Kantone und ihrer Bildungsanbieter und Koppelung der Versorgungsplanung mit der Bedarfsentwicklung.

Massnahmen auf Planungsebene

- Verbesserung und Verfeinerung der Datenbasis: Hier sind vorab die Harmonisierung der Personalstatistiken von Krankenhausstatistik, SOMED und Spitex-Statistik, der Einbezug der privaten Praxen, Labors und Institute und die Abstimmung zwischen Personalstatistik und Bildungsstatistik angesprochen.

- Indikatorensystem und rollende Planung: Der Aufbau eines Indikatorensystems soll eine einfache rollende Planung und das Ergreifen rascher, auf den richtigen Ebenen wirksamer Massnahmen erleichtern.
- Massnahmenevaluation: Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit mit Personal in nichtärztlichen Gesundheitsberufen werden evaluiert.

Diese Massnahmen müssen auf übergeordneter Ebene und unter Einbezug der verantwortlichen Akteure angegangen werden.

Fazit

Die Frage, ob das Gesundheitswesen über genügend Personal verfügt und wie gut dieses qualifiziert ist, ist eine der zentralen Fragen zur Zukunft des Gesundheitswesens. Sie wird in der Gesundheitspolitik einen entsprechend hohen Stellenwert einnehmen. Die Zahl der Abschlüsse liegt massiv unter dem aktuellen und künftigen Bedarf. Im Bereich Pflege und Betreuung ist das Defizit besonders gross. Dort wird nur die Hälfte des benötigten Nachwuchses ausgebildet. Der Mangel bei der Pflegeausbildung auf Stufe Höhere Fachschule wird in den kommenden Jahren besonders deutlich spürbar sein, weil ab 2010 keine Absolvent/innen von DN II-Bildungsgängen mehr in den Arbeitsmarkt eintreten. Prekär ist die Situation auch bei den Spezialisierungen im Pflegebereich, etwa in der Anästhesie-, Intensiv- und Operationspflege. Aber auch bei den medizinisch-technischen Berufen besteht ein Mangel an qualifiziertem Personal. Heute ist dies bereits bei der biomedizinischen Analytik und teilweise in der medizinisch-technischen Radiologie spürbar.

Das Gesundheitswesen ist heute auf den Einsatz von ausländischem Fachpersonal angewiesen. Mit durchschnittlich 30% im Spitalbereich liegt dieser Anteil höher als in anderen Branchen und 10% über dem Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung. Der Rekrutierung von Personal aus dem Ausland sind in mehrfacher Hinsicht Grenzen gesetzt. Abgesehen davon, dass die Rekrutierung von Personal aus dem benachbarten Ausland schwieriger werden dürfte, ist sie nicht nachhaltig und ethisch fragwürdig. Soll die Abhängigkeit von ausländischem Personal nicht noch stärker zunehmen, müssen entsprechende Massnahmen zur Förderung des inländischen Nachwuchses und zur Personalerhaltung ergriffen werden.

Die Betriebe haben in den letzten Jahren durch die Schaffung von FaGe-Lehrstellen sowie durch die Anpassung an die neu positionierten Bildungsgänge auf Stufe HF und FH eine riesige Arbeit geleistet. Der Aufbau des Angebots ist beachtlich: 2008 lag die 2002 eingeführte FaGe-Lehre auf Platz vier der meist gewählten beruflichen Grundbildungen. Die Umstellung auf neue Lehrpläne und die Organisationsentwicklungsprozesse in den Betrieben geschehen nicht von alleine und brauchen Zeit. Auch die kantonalen OdA und viele Kantone haben bereits Massnahmen ergriffen. Nichtsdestotrotz müssen die Anstrengungen weiter verstärkt werden.

Die Steuergruppe sieht den vordringlichen Handlungsbedarf bei der Klärung der Finanzierung der betrieblichen Ausbildung. Die Regelung muss:

- positive Anreize für die Ausbildungstätigkeit setzen,
- die Notwendigkeit der Ausbildung in allen Versorgungsbereichen anerkennen und fördern,
- der Solidarität zwischen den Kantonen Rechnung tragen,
- die Steuerung und Finanzierung der praktischen Ausbildung in Gesundheitsberufen auf der Ebene des Gesamtsystems harmonisieren.

Einen hohen Stellenwert weist die Steuergruppe auch den nicht-monetären Massnahmen zur Personalerhaltung zu, wie sie weiter oben beschrieben sind.

Die Situation duldet keinen Aufschub. Die Massnahmen müssen rasch, zielgerichtet und unter Mitarbeit aller Verbundpartner angepackt werden. Der Versorgungsbericht soll dazu beitragen, das Bewusstsein für die Problemlage zu schaffen und die betroffenen Akteure zum Handeln zu bewegen.

Teil I : Analyse der relevanten Ausgangsgrössen

1 Personalbestand in Gesundheitsberufen: Die Studie des Obsan

1.1 Einführung

Die Studie des Obsan zum Personal in Gesundheitsberufen¹ nimmt eine Bestandesaufnahme für das Jahr 2006 vor und macht eine erste Einschätzung der Entwicklung des Bedarfs nach Mitarbeitenden in den Betrieben des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2020.

Für den institutionellen Teil des Gesundheitswesens stützt sich die Studie auf die verfügbaren Datengrundlagen des Bundesamtes für Statistik (Krankenhausstatistik, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED und Spitex-Statistik). Der private ambulante Sektor (Praxen) ist im Zahlstellenregister von Santéuisse dokumentiert. Die Stärken und Schwächen dieser Grundlagen sind im Bericht des Obsan aufgeführt.

1.2 Personal im Jahr 2006 in Spitälern, Heimen und der Spitex nach Qualifikationen

Im Jahr 2006 waren in den genannten Institutionen rund 195'000 Mitarbeitende aller Bildungsstufen (ungelernte bis universitäre) in den Bereichen Therapie und Pflege beschäftigt, davon 60% in Spitälern, 30% in Alters- und Pflegeheimen und 10% in der Spitex.² Der Frauenanteil unter den Beschäftigten betrug rund 80%³, der Ausländeranteil knapp 20%.

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Bericht interessieren vorab die nicht-universitären Gesundheitsberufe. Diese Gruppe umfasst rund 169'000 Personen. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Struktur des medizinisch-technischen, therapeutischen und pflegerischen Personals nach Qualifikationen in den Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex. Nicht erfasst ist in den Tabellen neben den universitären Medizinalberufen auch das Personal in Ausbildung.

Die strukturelle Gliederung nach Berufen und Berufsgruppen in den folgenden Tabellen ist nicht frei gewählt, sondern ergibt sich aus der Gliederung der verfügbaren Statistiken. Die Personaldaten sind in der Krankenhausstatistik, der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und der Spitex-Statistik unterschiedlich gegliedert, die Vergleichbarkeit wird dadurch eingeschränkt. Dazu kommt, dass detaillierte Personaldaten nur durch einen Teil der Institutionen des Gesundheitswesens eingereicht wurden, was in der Obsan-Studie namentlich bei den Spitaldaten zu Hochrechnungen zwang.

¹ Arbeitsdokument 35 Obsan, Februar 2009.

² Der Begriff "Spitex" wird im Bericht als Oberbegriff für "Pflege und Hilfe zu Hause" verwendet. Alle Anbieter von solchen Dienstleistungen sind mitgemeint.

³ Gesundheitsberufe sind ausgesprochene Frauenberufe. Der vorliegende Bericht verwendet darum der besseren Lesbarkeit halber im Kontext mit Mitarbeitenden, Berufsbezeichnungen und der Rekrutierungsbasis grundsätzlich die weibliche Form, obwohl beide Geschlechter gemeint sind.

Teil I : Analyse der relevanten Ausgangsgrössen

Eine wirksame Steuerung der Versorgung mit Personal in nichtärztlichen Gesundheitsberufen setzt verbesserte Daten voraus. Die entsprechenden Massnahmenvorschläge sind in Teil IV des Berichtes formuliert.

Tertiäre medizinisch-technische Berufe	Spitäler ⁴	Alters- und Pflegeheime	Spitex	Total
Medizinisches Labor (MLAB / BMA)	3'291			3'291
Medizinisch-technische Radiologie	2'848			2'848
Operationstechnik	1'161			1'161
Rettungssanität	653			653
Andere tertiäre MTT-Berufe	1'024			1'024
Tertiäre medizinisch-technische Berufe total	8'977	0	0	8'977

Tertiäre therapeutische Berufe	Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitex	Total
Ergotherapie	1'044			1'044
Physiotherapie	3'285			3'285
Ernährungsberatung	334			334
Globalkategorie "Therapiepersonal" SOMED ⁵		1'000		1'000
Tertiäre therapeutische Berufe total	4'663	1'000	0	5'663

Berufe in Pflege und Betreuung ⁶	Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitex	Total
Kader Diplompflege	17'432			
Diplompflege ⁷	31'472			31'472
Anästhesie	1'998			1'998
Hebammen	1'831			1'831
Berufsbildungsverantwortliche	387			387
Globalkategorie "Diplompflege" SOMED bzw. Spitex ⁸		14'063	7'460	14'063
Pflege und Betreuung Tertiärstufe	53'120	14'063	7'460	74'643
FA SRK	1'983	5'601		7'584
Medizinische Praxisassistenten	2'117	770		2'887
Andere (inkl. Fachfrau Gesundheit) ⁹	3'476	3'929	5'534 ¹⁰	12'939

⁴ Institutionen der Krankenhausstatistik: Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychiatrie.

⁵ Die Globalkategorie „Therapiepersonal“ der SOMED-Statistik ist nicht definiert, sie dürfte vorab Mitarbeitende der Bereiche Aktivierung, Ergotherapie und Physiotherapie umfassen. Die Spitex-Statistik weist keine Kategorie „Therapiepersonal“ aus.

⁶ Mit „Pflege und Betreuung“ ist im Bericht des Obsan der Einsatzbereich des Personals angesprochen (Station, Wohngruppe, Klienten zu Hause). Wir übernehmen diese Bezeichnung in unserem Bericht.

⁷ Inklusive Diplompflege Niveau I (DN I). Die Zuordnung dieser Abschlüsse zum Tertiärniveau bzw. zur Sekundarstufe II wird unterschiedlich gehandhabt. In den statistischen Grundlagen sind sie als Mitarbeitende der Tertiärstufe erfasst.

⁸ Die SOMED-Statistik und die Spitex-Statistik erfassen das diplomierte Pflegepersonal in einer Sammelkategorie. Die Krankenhausstatistik weist dieses detaillierter aus.

Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	7'576	10'300	5'534	23'410
Pflege und Betreuung Assistenzstufe (Pflegeassistentin PA)	7'948	7'852	(0)	15'800
Kurse in Pflege und Betreuung (Pflegehelferin SRK)	225	14'789	7'795	22'809
Ungelernte in Pflege und Betreuung	6'967	6'596	4'043	17'606
Pflege und Betreuung total	75'836	53'600	24'832	154'268

Quelle: Arbeitsdokument 35 Obsan, basierend auf den Statistiken des BFS.

Die Studie des Obsan enthält zahlreiche weitere Differenzierungen und untersucht insbesondere auch die Unterschiede zwischen der Deutschschweiz, der Romandie und dem Tessin. Für die vollständigen Differenzierungen wird auf den Originaltext der Studie verwiesen. Hier werden nur wenige Kernaussagen aufgeführt:

- In den Jahren 2002 bis 2006 hat das Personal in Gesundheitsberufen in Spitälern um 10% zugenommen. Diese Zunahme betrifft vorab die Romandie und das Tessin. Der Skill- und Grademix ist zwischen allen Landesteilen vergleichbar, trotz der heutigen unterschiedlichen Positionierung der Diplompflegeausbildung in den beiden Sprachregionen der Deutschschweiz und dem Tessin gegenüber der Romandie.
- Die Zusammensetzung des tertiären Pflegepersonals nach Abschlussqualifikation (HF, FH, Master, HöFa u.a.m.) ist in der Krankenhausstatistik nicht erfasst, hierzu sind leider keine Aussagen möglich.
- In den Alters- und Pflegeheimen variiert die Zusammensetzung des Personals nach Ausbildungsstufen (Grademix) zwischen den Landesteilen deutlich. Das Personal ist in den Institutionen der Deutschschweiz besser qualifiziert als in der lateinischen Schweiz (Romandie und Tessin): Tertiärniveau Deutschschweiz 28% gegenüber Romandie und Tessin 17%; Ungelernte Deutschschweiz 8% gegenüber Romandie und Tessin 20%.
- Anders präsentiert sich die Situation in der Spitex. Hier weist die lateinische Schweiz die höhere Qualifikationsstruktur auf: Ungelernte Romandie und Tessin 10% gegenüber Deutschschweiz 19%; Sekundarstufe II Romandie und Tessin 25% gegenüber Deutschschweiz 21%; Tertiärniveau vergleichbar bei je rund 29%.

Diese Unterschiede in der Spitex erklären sich auch durch die unterschiedliche Leistungsstruktur in der Deutschschweiz und der Romandie in Bezug auf die Pflege und Haushilfe. Die Organisationen der Deutschschweiz leisten proportional mehr Haushilfe als jene der Romandie und des Tessins, was sich in der Qualifikationsstruktur entsprechend niederschlägt. Weiter haben die Mitarbeitenden in der Romandie und dem Tessin durchschnittlich einen höheren Beschäftigungsgrad (51%) als jene der Deutschschweiz (36.4%).

⁹ Die ersten FaGe schlossen ihre Ausbildung im Jahr 2004 ab. Für dieses Jahr sind 82 Abschlüsse vermerkt, im Jahr 2005 waren es 305 und im Jahr 2006 777 Abschlüsse. Die komplette Zeitreihe ist in Tabelle 1.1 im Anhang ersichtlich. Im Jahr 2006 waren bereits rund 5'200 Lernende FaGe in den Betrieben.

Unter "Andere" sind neben der FaGe insbesondere Berufe wie Fachperson Betreuung, Betagtenbetreuerin, Hauspflegerin und ausländische Abschlüsse zusammengefasst.

¹⁰ Die Spitex-Statistik fasst die Berufe Hauspflege-Diplom, Hauspflege, Betagtenbetreuerin und Pflegeassistentin in der Kategorie „Assistenzpflege“ zusammen. In dieser Gruppe dürften sich nur wenige Pflegeassistentinnen finden, sie wird darum der Sekundarstufe II, nicht der Assistenzstufe, zugeordnet.

1.3 Personal im Jahr 2006 nach Kantonen

Vollständige Personaldaten sind in den Bundesstatistiken nur für die Heime und die Spitex vorhanden, die zusammen 47% des Personals in nichtärztlichen Gesundheitsberufen beschäftigen. Die Spitaldaten weisen dagegen erhebliche Lücken auf, die das Obsan in seiner Studie mit Hilfe von komplexen Hochrechnungen geschlossen hat. Diese Hochrechnungen erlauben ein Gesamtbild für die ganze Schweiz und ein Herunterbrechen auf die Landesteile. Eine detaillierte Umrechnung auf die einzelnen Kantone wäre hingegen unpräzise.

Auch andere Indikatoren wie die Bevölkerungszahl (deckt sich nicht mit den Versorgungsstrukturen), Hospitalisationsraten oder Pflgetage (ohne Aussage zur Pflege- und Personalintensität) oder die Gesamtzahl der Beschäftigten (ohne Aussage zu Personalstruktur und Institutionstyp) genügen nicht, um genügend plausible Hochrechnungen zur Verteilung des Gesundheitspersonals in den Kantonen vorzunehmen. Aus diesen Gründen muss der Bericht auf Aussagen zur Gliederung des Personalbestandes nach Kantonen verzichten.

1.4 Exkurs: Personal nach Nationalität

Nur die Krankenhausstatistik enthält Angaben zur Zusammensetzung des Personals nach Nationalität in den Spitälern. SOMED und die Spitex-Statistik machen hierzu keine Aussagen.

Insgesamt ist ein Drittel der Mitarbeitenden in den Spitälern ausländischer Nationalität. Demgegenüber betrug der Anteil ausländischer Mitarbeitender an der Gesamtheit der Erwerbstätigen in der Schweiz im Jahr rund 22%.¹¹ Damit lag der Anteil der Mitarbeitenden mit ausländischer Nationalität in Spitälern deutlich höher als in der Gesamtheit aller Branchen.

Der Anteil an Mitarbeitenden mit ausländischer Nationalität ist in Spitälern der lateinischen Schweiz erheblich höher als in denjenigen der Deutschschweiz. Die folgende Tabelle zeigt dies für den Bereich Pflege und Betreuung.

Anteil der Mitarbeitenden mit ausländischer Nationalität im Bereich Pflege und Betreuung in Spitälern	Lateinische Schweiz			Deutschschweiz		
	2002	2006	Veränderung 2002 - 2006	2002	2006	Veränderung 2002 - 2006
Tertiärstufe	51.1%	55.3%	8.2%	25.1%	24.8%	-1.2%
Sekundarstufe II	32.0%	39.3%	22.8%	27.5%	19.5%	-29.1%
Assistenzstufe	47.2%	51.1%	8.3%	26.6%	26.4%	-0.8%

Diese unterschiedliche Struktur und insbesondere die unterschiedliche Entwicklung erstaunen auf den ersten Blick.

Das obige Bild relativiert sich, wenn die Zahlen mit der gesamten Entwicklung des Personalbestandes verglichen werden. In der Deutschschweiz war der Personalbestand in Pflege und Betreuung in den Spitälern von 2002 bis 2006 insgesamt leicht rückläufig. Von diesem Rückgang dürften mehr Ausländerinnen betroffen gewesen sein als Schweizerinnen. In der lateinischen Schweiz war dagegen in der gleichen Periode ein Anstieg des Personals in Pflege und Betreuung zu verzeichnen. Diese Zunahme hatte einen überproportionalen Zuwachs an Mitarbeitenden mit ausländischer

¹¹ Bundesamt für Statistik, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2008.

Nationalität zur Folge. Die Zahlen zur nominellen Entwicklung des Personalbestandes sind in der folgenden Tabelle dokumentiert.

Anzahl der Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung in Spitälern	Lateinische Schweiz			Deutschschweiz		
	2002	2006	Veränderung 2002 - 2006	2002	2006	Veränderung 2002 - 2006
Tertiärstufe	15'502	17'154	10.7%	32'923	35'966	9.2%
Sekundarstufe II	2'409	2'084	-13.5%	8'010	5'493	-31.4%
Assistenzstufe	3'702	3'813	3.0%	5'321	4'361	-18.0%
Total Pflege und Betreuung	21'613	23'051	6.7%	46'254	45'820	-0.9%

Beim Vergleich zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz muss beachtet werden, dass sich diese auch hinsichtlich der Anteile der ausländischen Wohnbevölkerung und der Grenzgänger unterscheiden. In der Deutschschweiz haben knapp 20% der ständigen Wohnbevölkerung eine ausländische Nationalität, in der lateinischen Schweiz sind es 27%.

In grenznahen Kantonen arbeiten deutlich mehr Grenzgänger als in den zentraler gelegenen. In Zahlen ausgedrückt heisst das, dass sich der Anteil der Grenzgänger insgesamt (in allen Branchen) in der lateinischen Schweiz auf 5.6% der ständigen Wohnbevölkerung beläuft, in der Deutschschweiz hingegen nur auf rund 1.6%.

Detaillierte Daten zu ausländischer Wohnbevölkerung und Grenzgängern finden sich im Anhang 1 des Berichts.

Die Spitäler stellen nur einen Teil des Gesundheitswesens dar. Ein Gesamtbild für die Pflege- und Betreuungsberufe setzt den Einbezug des Langzeitbereichs und der Spitex voraus. Hierzu stützen wir uns auf zwei frühere Berichte des Bundesamtes für Statistik.¹² Diese beiden Untersuchungen ziehen auch das Personal in Handel und Industrie (Pharma etc.) und in Verwaltung und Prävention mit ein. Auch diese Zahlen lassen für sich allein nur grobe Aussagen zu. Sie sind in der folgenden Tabelle dokumentiert:

Anteil ausländischer Arbeitskräfte im Gesundheitswesen	2001	2005
Insgesamt	23.4%	24.0%
Stationärer Bereich	28%	30%
Krankenhäuser	k.A.	29.8%
Sozialmedizinische Institutionen	k.A.	22.4%
Ambulanter Bereich	10%	13%
Handel und Industrie	27%	29%
Verwaltung und Prävention	10%	7%
Jährliche Zunahme der Zahl der ausländischen Arbeitskräfte von 1995 bis 2001 bzw. von 1995 bis 2005	3.2%	2.4%

Für verlässliche Aussagen in den therapeutischen und medizinisch-technischen Berufen müsste zwingend auch die Entwicklung im privaten Sektor (Institute, Labors, Praxen) miteinbezogen werden, da sich die Aufgabenteilung und damit der Personalbedarf zwischen Spitälern und dem priva-

¹² Bundesamt für Statistik, StatSanté 2/2004, 2001.

Bundesamt für Statistik, BFS Aktuell, Beschäftigte im Gesundheitswesen 1995 –2005, November 2007.

ten Sektor laufend, und vermutlich in den verschiedenen Sprachregionen auch in unterschiedlicher Weise, verändert.

Schliesslich hat das Kriterium inländische Nationalität – ausländische Nationalität nur eine sehr begrenzte Aussagekraft. Es gibt keine Auskunft über die Aufenthaltsdauer und den Integrationsgrad der ausländischen Personen, es erklärt nicht, ob diese Mitarbeitenden ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert haben oder ob sie als bereits Ausgebildete zugezogen sind und schliesslich gibt es auch keine Auskunft zu ihrem Wohnort bzw. dazu ob sie Grenzgängerinnen sind.

Als mögliche Datenquelle für eine vertiefte Analyse des Bestandes an ausländischem Personal im Gesundheitswesen wurde auch auf die Statistik des SRK über die Registrierung und Anerkennung von ausländischen Diplomen und Ausweisen hingewiesen. Auch diese Datenreihe erlaubt keine schlüssigen Hinweise auf die Gesamtsituation. Sie gibt keine Auskunft darüber, ob die registrierten Personen aktuell noch berufstätig sind, und wenn ja, wo und mit welchem Beschäftigungsgrad sie beschäftigt sind. Schliesslich dürfte der Stellenwert ausländischer Abschlüsse in grenznahen Kantonen so gut einschätzbar sein, dass eine Anstellung auch ohne Anerkennung und Registrierung öfter vorgenommen werden dürfte.

Diese Ausführungen zeigen, dass für eine Steuerung des ausländischen Personals auf Evidenzbasis und für differenzierte Aussagen zur Entwicklung und zur Bedeutung der ausländischen Mitarbeitenden in den Institutionen des Gesundheitswesens umfangreiche und vertiefte Analysen notwendig wären, die den Rahmen dieses Berichtes sprengen würden.

1.5 Lücken

Der private ambulante Sektor (Praxen) ist im Zahlstellenregister von Santésuisse dokumentiert und in der Obsan-Studie abgebildet. Das Zahlstellenregister umfasst allerdings nur die Abrechnungsnummern der einzelnen Praxen, nicht aber die Zahl der dahinter stehenden Mitarbeitenden.

Im Zahlstellenregister ebenfalls nicht erfasst sind private medizinische Labors und private radiologische Praxen. Angaben zum Personalbestand in diesen personalintensiven Betrieben fehlen. Lücken bestehen auch bei den Zahlen zur Struktur des Personals in Gesundheitsberufen in der Pharmabranche und im Sozialwesen.

Diese Lücken können im Rahmen dieses Berichts nicht geschlossen werden. Sie müssen aber trotzdem bei der Ermittlung des Personalbedarfs mindestens qualitativ mit einbezogen werden.

2 Studierende / Lernende und Bildungsanbieter

2.1 Berufsausbildungen in Gesundheitsberufen im Jahr 2008

Die Statistiken über die altrechtlichen Abschlüsse in Gesundheitsberufen werden durch das SRK erstellt und publiziert. Die Abschlüsse in den weiteren Gesundheitsberufsausbildungen werden durch das Bundesamt für Statistik BFS erfasst. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Lehr- und Studienabschlüsse in nicht-universitären Gesundheitsberufen im Jahr 2008.¹³ Die Gliederung nach Berufsgruppen ist so gewählt, dass sie eine Gegenüberstellung mit den Personalstatistiken in den Institutionen des Gesundheitswesens erlaubt.

Tertiäre medizinisch-technische Berufe	Abschlüsse 2008	davon Abschlüsse Stufe FH	Frauen	Männer
Medizinisches Labor (MLAB / BMA)	112		101	11
Medizinisch-technische Radiologie (inkl. FH)	92	24	<i>nicht ausgewiesen</i>	
Operationstechnik	65		60	5
Rettungssanität	118		48	70
Total tertiäre medizinisch-technische Berufe	387	24	209	86

Tertiäre therapeutische Berufe	Abschlüsse 2008	davon Abschlüsse Stufe FH	Frauen	Männer
Ergotherapie (inkl. FH)	109	35	<i>Anteile sind für die FH-Abschlüsse nicht ausgewiesen</i>	
Physiotherapie (inkl. FH)	313	73		
Ernährungsberatung (inkl. FH)	51	22		
Bildungsgang Aktivierung	37		36	1
Hebammen (inkl. FH)	111	36	<i>Nicht ausgewiesen</i>	
Total tertiäre therapeutische Berufe	621	166	36	1

Tertiäre Berufe in Pflege und Betreuung, Erstausbildungen	Abschlüsse 2008	davon Abschlüsse Stufe FH	Frauen	Männer
Fachhochschuldiplom Pflege	321	321	278	43
Diplomierte Pflegefachfrau HF	258		227	31
Diplompflege Niveau II Regelabschluss	1'198		1'067	131
Diplompflege Niveau I Regelabschluss	338		282	56
Total tertiäre Berufe in Pflege und Betreuung	2'115	321	1'854	261

¹³ Quellenhinweis: Zahlreiche Daten finden sich sowohl in den Bildungsstatistiken des SRK und des BFS. Die Daten zeigen geringfügige Abweichungen. Die in der Tabelle aufgeführten Zahlen stammen jeweils aus den folgenden Quellen:

- Tertiärstufe ohne Aktivierungstherapie und FH: Bildungsstatistiken des SRK.
- Sekundarstufe II und Aktivierungstherapie und FH: Bildungsstatistiken des BFS.

Teil I : Analyse der relevanten Ausgangsgrössen

Tertiäre Berufe in Pflege und Betreuung, Nachqualifikationen	Abschlüsse 2008	davon Abschlüsse Stufe FH	Frauen	Männer
Diplompflege Niveau II Aufbaujahr DN I	330		305	25
Diplompflege Niveau I Passerelle FA SRK	152		141	11
Total tertiäre Berufe in Pflege und Betreuung	482	0	446	36

Berufe mit EFZ in Pflege und Betreuung ¹⁴	Abschlüsse 2008	Frauen	Männer
Fachfrau Gesundheit	1'928	1'738	190
Hauspflegerin	156	151	5
Betagtenbetreuerin	49	42	7
Fachfrau Betreuung Fachrichtung Betagtenbetreuung ¹⁵	81	67	14
Fachfrau Betreuung Fachrichtung Generalistin	106	87	19
Total Berufe mit EFZ in Pflege und Betreuung	2'319	2'084	235

Nicht vom Bund geregelte Berufe und Kurse auf Sekundarstufe II	Abschlüsse 2008	Frauen	Männer
Pflegeassistentin	748	668	80
Kursbestätigung Pflegehelferin SRK	3'401	k.A.	k.A.
Total nicht vom Bund geregelte Berufe und Kurse auf Sekundarstufe II	4'149	668	80

2.2 Die Entwicklung 2000 bis 2008

Die obige Tabelle stellt eine Momentaufnahme dar, ihre Aussagekraft ist begrenzt. Für die aufgeführten Berufe haben wir darum die Entwicklung anhand einer Zeitreihe der Jahre 2000 bis 2008 erstellt, und diese nach den gleichen Fachgruppen gegliedert wie die Tabelle. Der Verlauf ist in den folgenden Übersichten graphisch dargestellt. Die nominalen Zahlen finden sich in Anhang 2.1.

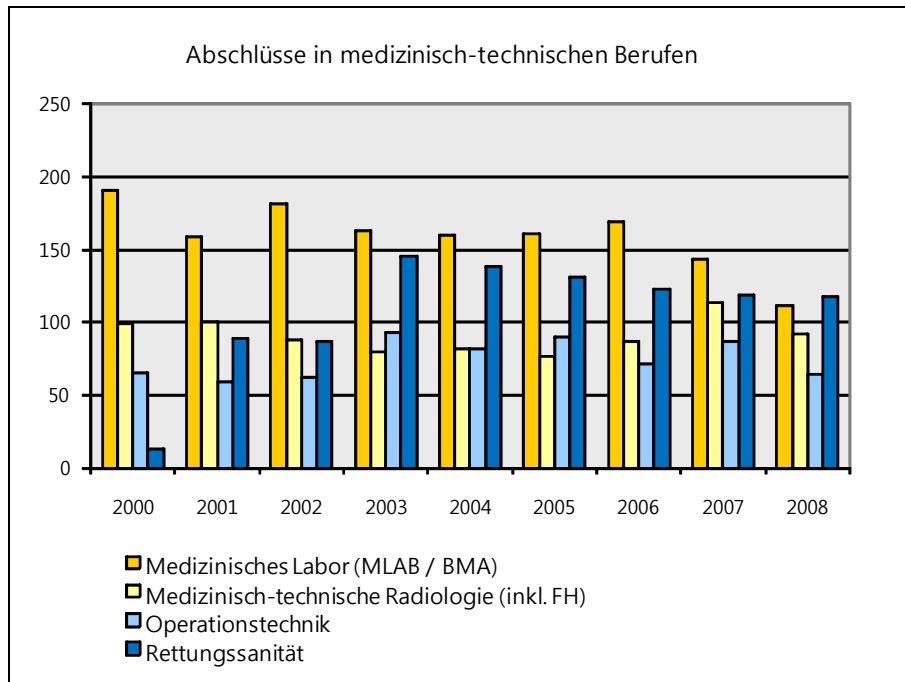
2.2.1 Medizinisch-technische Berufe

Die Zeitreihe für die medizinisch-technischen Berufe zeigt, dass die medizinisch-technische Radiologie in den Jahren 2000 bis 2008 einen unsteten Verlauf aufweist. Sie nimmt von 99 Diplomen im Jahr 2000 auf 77 Diplome im Jahr 2005 ab. Anschliessend steigt sie wieder an und erreicht nach einer Hausse im Jahr 2008 92 Abschlüsse.

¹⁴ Auf Sekundarstufe II wurden im Jahr 2008 auch 898 EFZ Medizinische Praxisassistenten erteilt. Medizinische Praxisassistentinnen sind entsprechend ihrer Ausbildung vorwiegend in Praxen und Instituten (ambulant und Spitäler) und kaum in Pflege und Betreuung tätig. Sie werden darum hier nicht erfasst.

¹⁵ Es gibt drei fachrichtungsspezifische (Fachrichtung Betagtenbetreuung, Behindertenbetreuung, Kinderbetreuung) und ein generalistisches Ausbildungsmodell. Für den Gesundheitsbereich sind hauptsächlich die beiden in der Tabelle aufgeführten Ausbildungsmodelle von Bedeutung.

Die Zahl der jährlichen Diplome im medizinischen Labor nimmt in den Jahren 2000 bis 2007 kontinuierlich von 191 auf 143 ab. Das Jahr 2008 verzeichnet dann mit gerade noch 112 Diplomen einen eigentlichen Einbruch.



Im Bildungsgang Operationstechnik schwankt die Zahl der Diplome recht stark. Sie liegt heute wieder auf dem Niveau des Jahres 2000. In den Jahren 2001 bis 2003 waren Rückgänge zu verzeichnen, in den Jahren 2004 bis 2007 Spitzenwerte. Mit 65 Diplomen liegt der Wert für das Jahr 2008 deutlich unter dem Mittelwert der Jahre 2000 bis 2008 von 75 Diplomen jährlich. Bei der Interpretation dieser Statistik ist zu beachten, dass sie die Abschlüsse der Weiterbildung zur Operationsschwester nicht berücksichtigt. Im Jahr 2008 verzeichnete diese Weiterbildung nach Angaben des BFS 48 Abschlüsse.

Die Ausbildung in Rettungssanität zeigte kurz nach ihrer Einführung einen eigentlichen Boom im Jahr 2003 mit 146 jährlichen Diplomen, anschliessend sank die Zahl der jährlichen Abschlüsse kontinuierlich ab und erreichte 2008 noch 118 Diplome.

2.2.2 Therapeutische Berufe

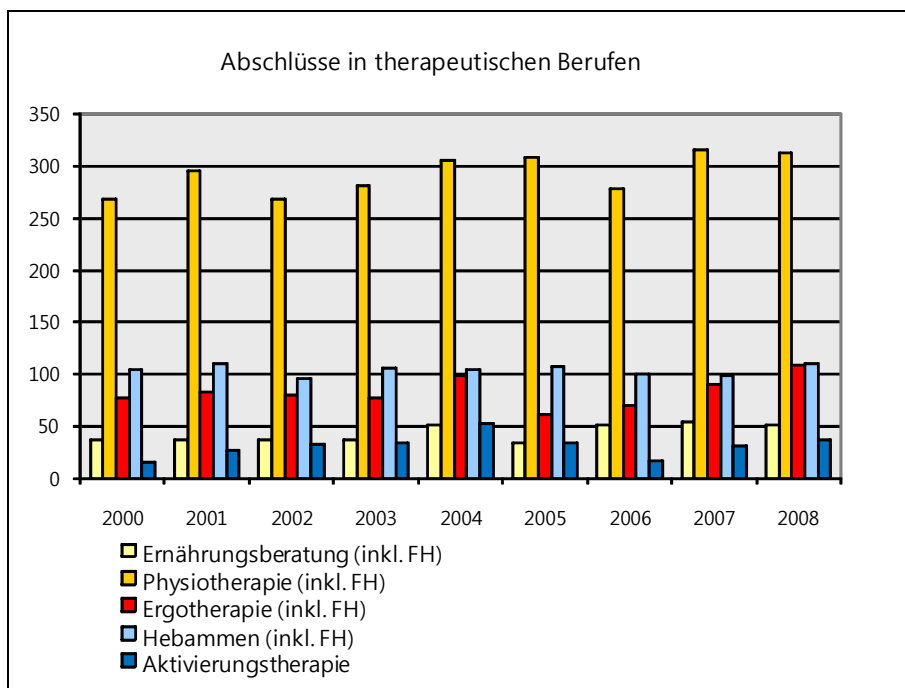
Die Zeitreihe für die medizinisch-therapeutischen Berufe zeigt, dass die Zahl der Abschlüsse in Ergotherapie, Physiotherapie und Hebammen im Zeitraum 2005/06, bedingt durch die Positionierung der Ausbildungen auf der FH-Stufe und die dadurch veränderten Zulassungsvoraussetzungen, abgenommen hat.

Insgesamt zeigt sie im Zeitraum von 2000 bis 2008 für die Physiotherapie eine Zunahme, die 313 jährlichen Diplome des Jahres 2008 liegen über dem Mittelwert der Jahre 2000 bis 2008 von 293 Diplomen jährlich.

Ähnliches gilt für die Hebammen: Die 111 Diplome im Jahr 2008 liegen über dem Mittelwert der Jahre 2000 bis 2008 von 104 Diplomen jährlich.

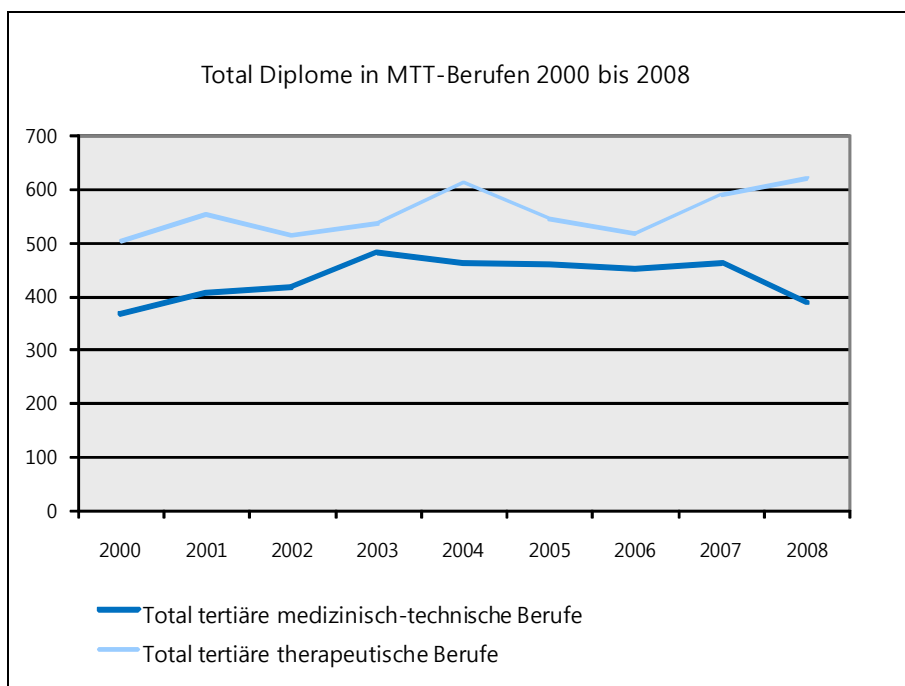
Die Ergotherapie hat sich von den starken Einbrüchen 2005 und 2006 erholt, sie erreichte im Jahr 2008 109 Diplome. Auch sie lag damit über dem Mittelwert der Jahre 2000 bis 2008 von 83 Diplomen jährlich.

Einen unregelmässigen Verlauf zeigt der Bildungsgang Aktivierung.



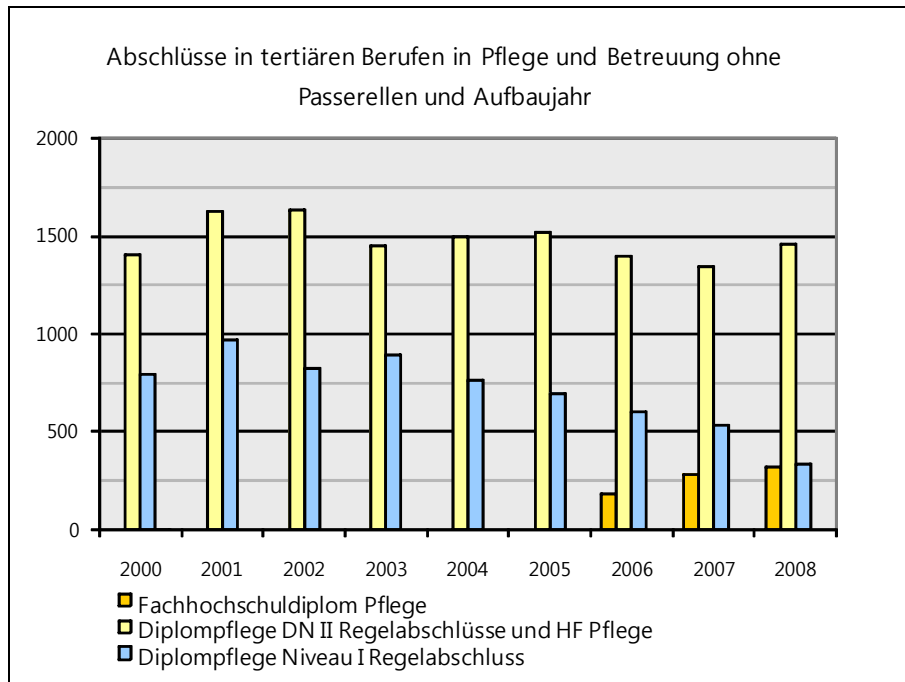
2.2.3 Entwicklung aller medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufe

Die Gesamtentwicklung der Abschlüsse in den medizinisch-technischen und therapeutischen Berufen ist in der folgenden aggregierten Grafik dargestellt. Sie zeigt, dass die Zahl der Diplome in den therapeutischen Berufen insgesamt zunimmt. Die medizinisch-technischen Berufe zeigen dagegen einen weitgehend stabilen Verlauf.



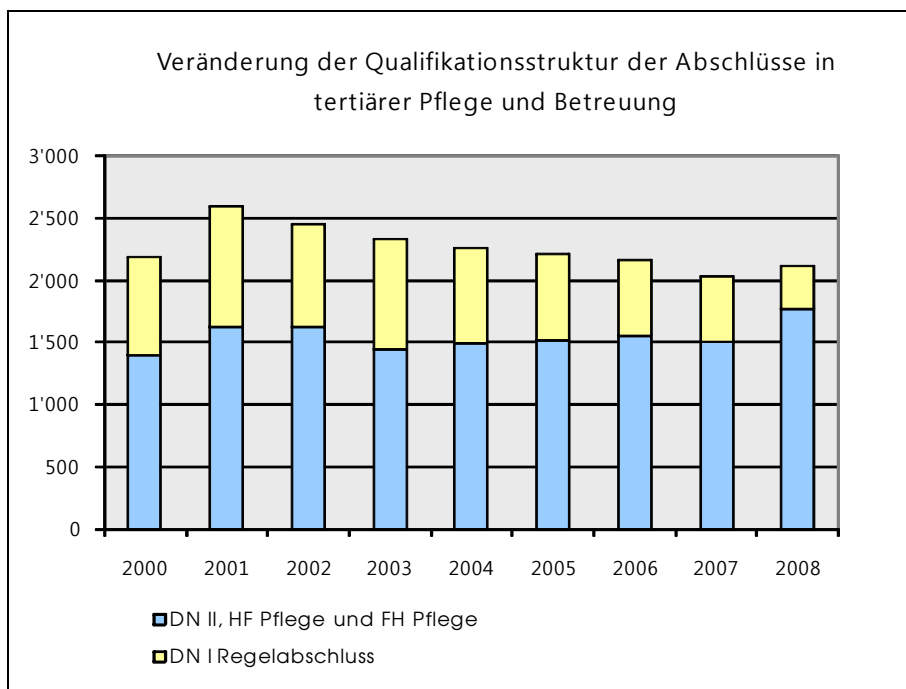
2.2.4 Pflegeberuf auf Tertiärstufe

Eine differenzierte Betrachtung ist für die Diplompflege angezeigt. Im Mittel der Jahre 2000 bis 2008 wurden jährlich insgesamt 3'025 Diplome verliehen. Ein erheblicher Teil dieser Diplome wurde aber für Nachqualifikationen von Pflegenden verliehen, die bereits über einen Abschluss verfügten: Passerellekurse zu DN II, Passerellekurse zu DN I und Aufbaujahr DN I zu DN II. Mit diesen Abschlüssen wurden keine zusätzlichen Personen rekrutiert, sondern bereits ausgebildete Mitarbeitende höher qualifiziert. Die Nachqualifikationen sind darum nicht in die Analyse mit aufgenommen worden, ihre Entwicklung ist aber im Anhang 2.1 dokumentiert.



Unter Abgrenzung dieser Nachqualifikationen sind die Abschlusszahlen in tertiärer Pflege und Betreuung insgesamt rückläufig. Für zusätzlich gewonnene Pflegenden wurden im Ausgangsjahr 2000 total 2'196 Diplome ausgestellt, im Jahr 2008 waren es noch 2'115 Diplome, im Mittel der Jahre 2000 bis 2008 waren es jährlich 2'279 Diplome. Der Stand von 2008 erreicht damit noch rund 90% dieses Mittelwertes.

Der Qualifikationsgrad bei den tertiären Abschlüssen in Pflege und Betreuung ist gestiegen. Diese Entwicklung ist in der folgenden Grafik dargestellt:

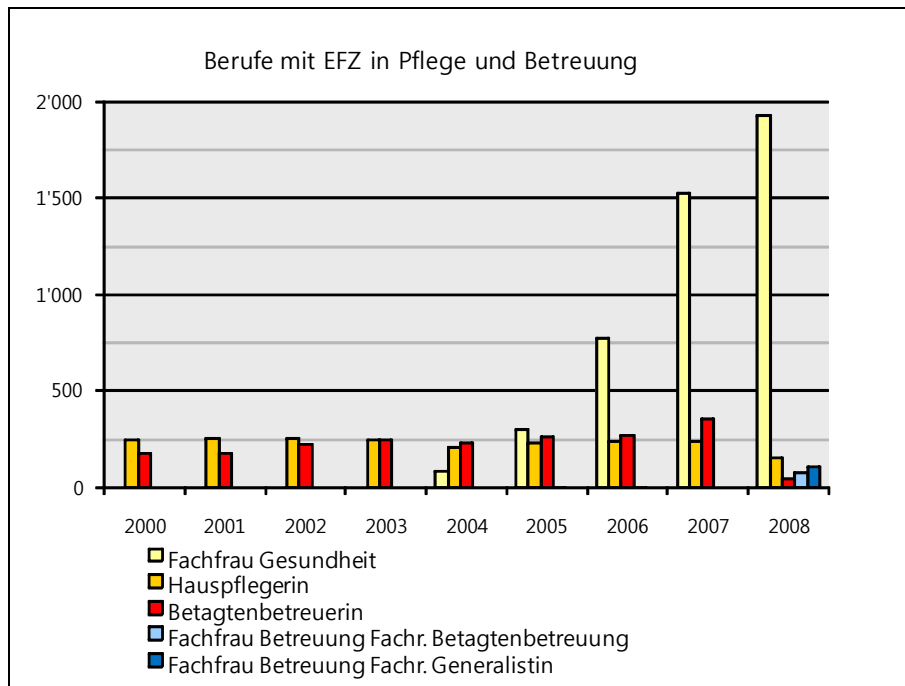


Mit dem Auslaufen der altrechtlichen Ausbildungen wird das Diplomniveau I vollständig verschwinden. Die Herausforderung wird darin bestehen, die dadurch entstehende Lücke mit Abschlüssen auf Stufe HF bzw. FH mit ihren deutlich höheren Zugangsschwellen nicht nur zu kompensieren, sondern zu insgesamt höheren Abschlusszahlen zu kommen. Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass die Pflegeausbildung auf Stufe FH in der Deutschschweiz und im Tessin noch im Aufbau begriffen ist und dass in der Deutschschweiz die Zahl der Studienplätze teilweise begrenzt ist.

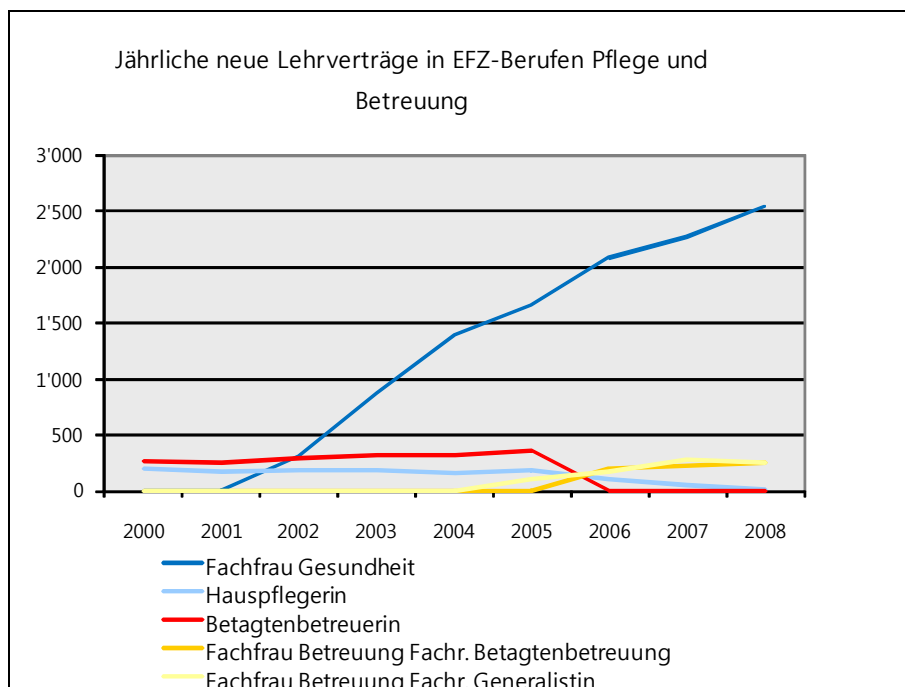
2.2.5 Berufe mit EFZ in Pflege und Betreuung

In die Analyse wurden die folgenden Berufe aufgenommen:

- Fachfrau Gesundheit
- Fachfrau Betreuung Fachrichtung Betagtenbetreuung
- Fachfrau Betreuung Generalistin
- Hauspflegerin
- Betagtenbetreuerin



Die obige Grafik zeigt die Entwicklung der Zahl der jährlichen Abschlüsse. Die Entwicklung wird noch deutlicher, wenn die Zahl der jährlich neu abgeschlossenen Lehrverträge betrachtet wird:



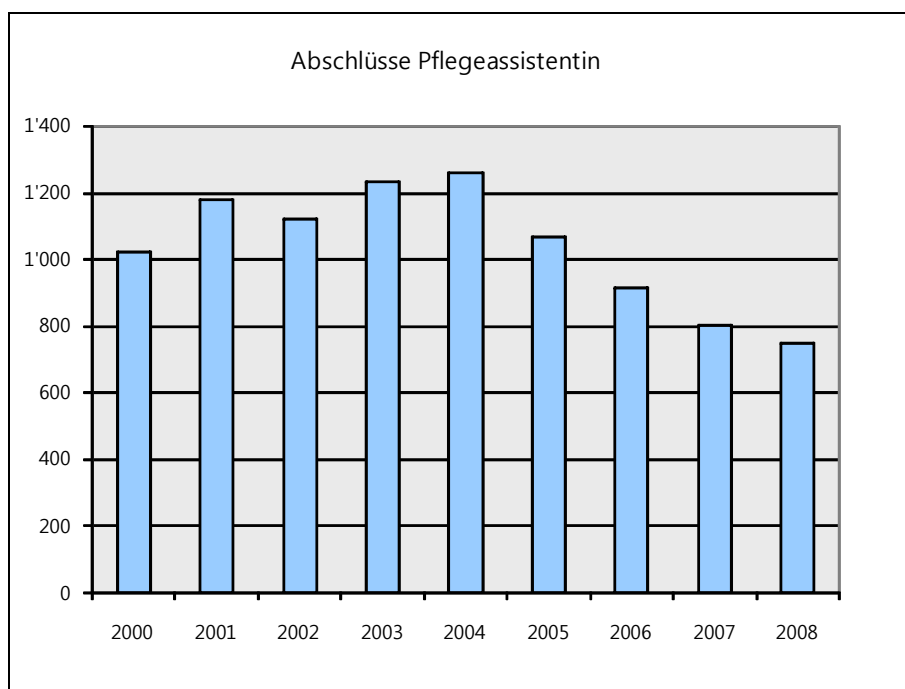
Die Grafik zeigt, dass das Wachstum der FaGe noch nicht abgeschlossen ist und dass die Abschlusszahlen in den nächsten Jahren weiter steigen werden. Das Halten dieser Entwicklung wird vor dem Hintergrund der rückläufigen Zahl der Schulabgängerinnen (siehe Kapitel 3.1) eine Herausforderung sein. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Ausbildungen zur Betagtenbetreuerin und zur Hauspflegerin, die im Jahr 2008 noch 205 Abschlüsse verzeichnet haben, auslaufen werden.

Das Gewicht der Fachfrau Betreuung, Fachrichtungen Betagtenbetreuung und Generalistin ist gegenüber der FaGe klein. Wie bei der FaGe-Ausbildung ist auch bei der FaBe-Ausbildung Betagtenbetreuung und Generalistin das Wachstum noch nicht abgeschlossen. Unterschiedliche Strategien

der Kantone führen aber zu einer unterschiedlichen Dynamik. Eine Annäherung der beiden Ausbildungen wäre wünschenswert.

2.2.6 Assistenzstufe

Wie die Grafik zeigt, sind die Abschlüsse Pflegeassistentenz seit 2004 stark rückläufig:

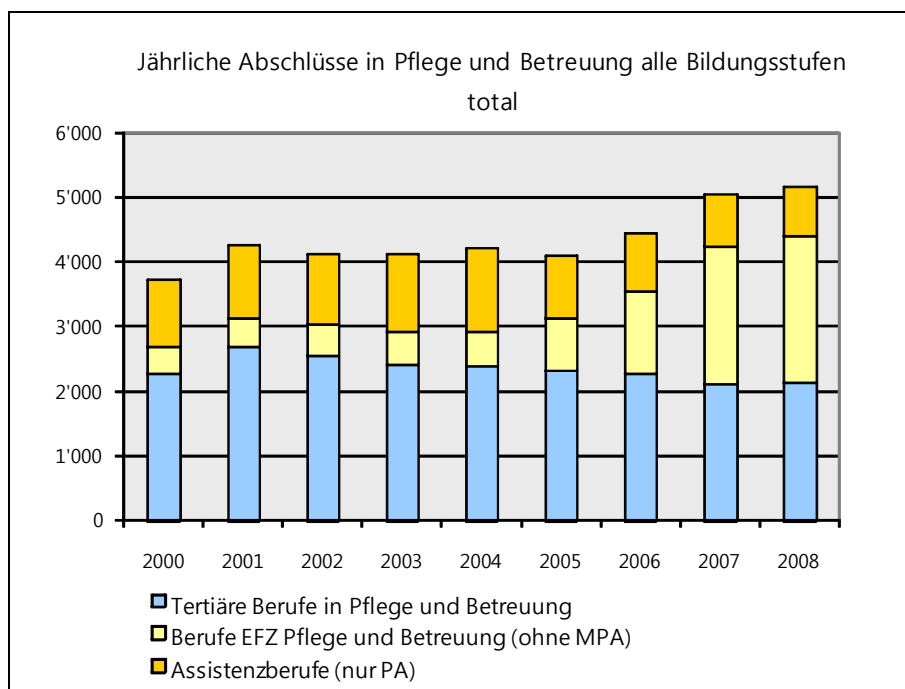


Dieser Rückgang ist vorab durch die Schliessung dieses Angebots in verschiedenen Kantonen bedingt. Die letzten PA-Ausweise werden im Jahr 2012 erteilt. In welchem Ausmass es der in Erarbeitung stehenden Attest-Ausbildung Gesundheit-Soziales, die im Jahr 2012 in Kraft treten soll, gelingen wird, diese Lücke zu schliessen, muss vorerst noch offen bleiben.

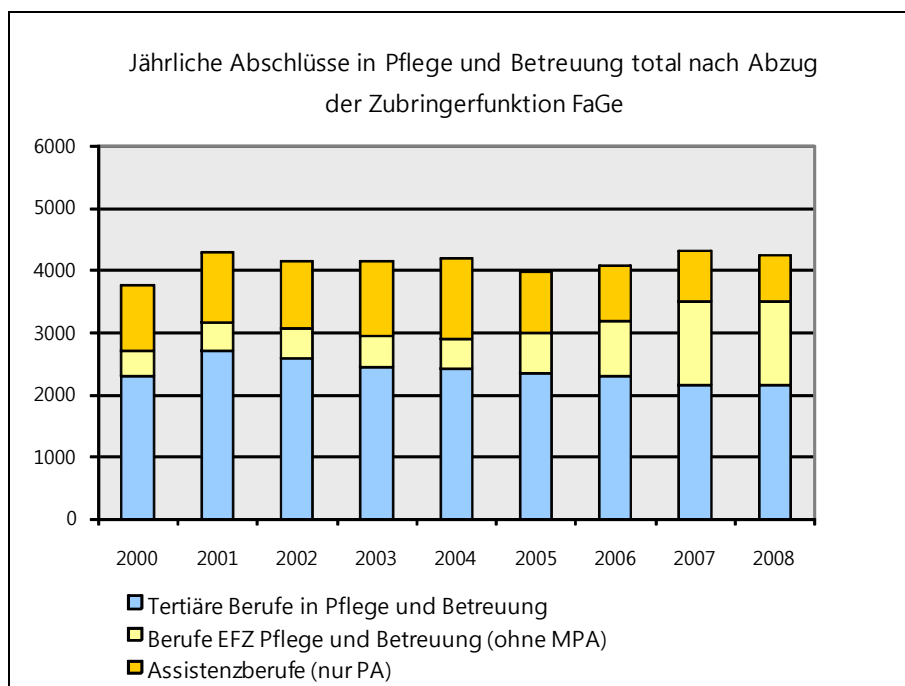
2.2.7 Gesamtentwicklung der Abschlüsse in Pflege und Betreuung

Die Grafik zeigt den Verlauf der Abschlüsse in den Jahren 2000 bis 2008 in allen Berufen, die in Pflege und Betreuung tätig sind. Sie fasst die bisherigen Bemerkungen in einem Gesamtbild zusammen, das mit den folgenden Stichworten kurz zu kommentieren ist:

- Insgesamt steigen die Abschlüsse in den Jahren 2000 bis 2008 um 39% von 3'752 auf 5'209 Abschlüsse an.
- Der Anteil der tertiären Abschlüsse ist rückläufig.
- Der Anteil der Abschlüsse auf Assistenzstufe ist ebenfalls rückläufig.
- Die Berufsabschlüsse auf Sekundarstufe II zeigen eine ausgeprägte Zunahme.



Die Grafik zeigt ein scheinbar erfreuliches Bild, das aber trügt. Sie weist die Zahl der Abschlüsse und nicht die neu dem Gesundheitswesen zugeführten Personen aus. Die Studierenden der Tertiärstufe rekrutieren sich zu einem guten Teil aus Berufsleuten mit EFZ. Um die Rekrutierung von genügend Studierenden für die Sicherstellung des Nachwuchsbedarfs in tertiärer Pflege zu gewährleisten, müssten im schweizerischen Mittel¹⁶ rund 50% der FaGe eine tertiäre Pflegeausbildung in Angriff nehmen. Dadurch würde der vermeintliche Zuwachs der dem Berufsfeld Pflege und Betreuung jährlich neu zugeführten Personen praktisch verschwinden. Was bleibt, ist die Umschichtung vom tertiären Bereich und vom Assistenzbereich in die Sekundarstufe II:



¹⁶ Höherer Anteil in der Deutschschweiz als in der Westschweiz, da die tertiäre Pflegeausbildung in der Westschweiz nur auf Stufe FH angeboten wird, wodurch FaGe ohne Berufsmatur keinen direkten Zugang zur tertiären Pflegeausbildung haben.

2.3 Ausbildungen an Mittelschulen

Ausbildungen an Mittelschulen haben ebenfalls eine Zubringerfunktion für die Bildungsgänge in tertiären Gesundheitsberufen. In der Schweiz wurden 2008 die folgenden Mittelschuldiplome ausgestellt:¹⁷

2.3.1 Fachmittelschuldiplome und Fachmaturitätszeugnisse 2008

- 3'685 FMS-Diplome mit einem Frauenanteil von 81.4%.
- Insgesamt 531 Fachmaturitätszeugnisse. Eine Aufschlüsselung der Fachmaturitätszeugnisse auf die Fachrichtungen ist nicht möglich.

2.3.2 Berufsmaturitätszeugnisse Gesundheit-Soziales, Fachmaturität und Fachmittelschulabschlüsse 2008

- 971 Berufsmaturitätszeugnisse Gesundheit-Soziales mit einem Frauenanteil von 79.5%.
- 464 der BM-Zeugnisse gingen an Inhaberinnen von Abschlüssen in Gesundheits- und Sozialberufen. Den Haupttharst bilden die FaGe mit 199 Abschlüssen, gefolgt von den medizinischen Praxisassistentinnen mit 85 Abschlüssen, den Pharma-Assistentinnen mit 61 Abschlüssen und den Sozialagoginnen mit 39 Abschlüssen.
- 459 BM-Zeugnisse in gesundheitlicher und sozialer Richtung gingen an Inhaberinnen von Abschlüssen in anderen Berufen. In dieser Gruppe dominieren die Kauffrauen mit 183 Abschlüssen.
- Bei 48 BM-Abschlüssen ist die berufliche Herkunft der Inhaberinnen statistisch unklar.
- Die Verteilung nach Landesteilen bzw. Sprachregionen im Jahr 2008 ist in der folgenden Tabelle dokumentiert.

Landesteil	Berufsmaturitäten Gesundheit- Soziales 2008	Fachmaturität insgesamt 2008 (alle Richtungen)	Fachmittelschul- abschlüsse 2008	Total BM, FM und FMS 2008
Westschweiz	182	86	1'656	1'924
Nordwestschweiz	185	248	992	1'425
Zürich	336	0	201	537
Ostschweiz	104	29	437	570
Zentralschweiz	103	25	256	384
Tessin	59	143	143	345
Total	971	531	3'685	5'187

2.3.3 Gymnasiale Maturitätszeugnisse 2008

- 17'401 gymnasiale Maturitätszeugnisse (Frauenanteil 58.1%).

¹⁷ Die Verteilung aller Ausbildungen an Mittelschulen auf die Kantone ist im Anhang 2.2 dokumentiert.

2.4 Bildungsanbieter in tertiären Bildungsgängen

Insgesamt 28 Höhere Fachschulen bieten Bildungsgänge in den folgenden Berufen an:

- Pflege (14 Anbieter),
- Medizinisches Labor (9 Anbieter)
- Medizinisch-technische Radiologie (4 Anbieter)
- Operationstechnik (6 Anbieter)
- Aktivierung (2 Anbieter)
- Rettungssanität (5 Anbieter)
- Dentalhygiene (4 Anbieter)
- Orthoptik (2 Anbieter)

Eine Übersicht über die Angebote findet sich in Anhang 2.3.

Die FH-Studiengänge werden durch die fünf Fachhochschulen Berner Fachhochschule BFH, FHS St. Gallen Hochschule für angewandte Wissenschaften, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana SUPSI und der Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale HES-SO angeboten, wobei den Studierenden namentlich in der HES-SO (Trägerschaft von sieben Kantonen) Studiengänge an mehreren Standorten offen stehen. Die Angebote sind im Anhang 2.4 dokumentiert.

Die Bildungsgänge in tertiären Gesundheitsberufen sind kantonsübergreifende Angebote, das heisst, dass die Bildungsanbieter ein über den Standortkanton hinausgehendes Einzugsgebiet abdecken.

Interkantonale Vereinbarungen¹⁸ regeln die beitragsberechtigten Studiengänge, den interkantonalen Zugang für die Studierenden, die Stellung der Studierenden und die Abgeltungen zwischen Wohnsitzkanton der Studierenden und Trägern der Bildungsanbieter.

Für einige FH-Studiengänge besteht ein Numerus Clausus. Das quantitative Angebot der einzelnen Bildungsgänge wird jedoch nicht gesamtschweizerisch koordiniert und nicht bedarfsorientiert gesteuert. Ausschlag für die Limitierung der Studienplätze geben vielmehr organisatorische und finanzielle Gründe, etwa die Zahl der verfügbaren Praktikumsplätze. Bezüglich dem Angebot der Pflege in der Deutschschweiz diente bisher der Beschluss der Plenarversammlung der GDK vom Mai 2004 als Richtlinie: Der Anteil der FH-Abschlüsse soll gegenüber den HF-Abschlüssen 5-10% betragen.

2.5 Nachdiplome und Nachdiplomkurse

In den Gesundheitsberufen gibt es eine breite Palette von kaum vergleichbaren Nachdiplomen und Nachdiplomkursen. Die ausgestellten Ausweise und Diplome werden je nach Bildungsanbieter durch das BFS, das SRK, den SBK oder weitere Stellen erfasst. Diese Erfassungen zeigen abweichende Ergebnisse. Eine zuverlässige Einschätzung dazu, welche Zahlen vollständig und zutreffend

¹⁸ Interkantonale Fachschulvereinbarung FSV vom 27. August 1998 und interkantonale Fachhochschulvereinbarung FHV vom 12. Juni 2003.

Teil I : Analyse der relevanten Ausgangsgrössen

sind, ist nicht möglich. In den einzelnen Regionen werden zudem unterschiedliche Nachdiplome und Nachdiplomkurse angeboten, die keiner einheitlichen Klassifizierung zugeordnet werden können. Für die Nachdiplome können darum keine konsolidierten Zahlen vorgelegt und kein klares Bild gezeichnet werden.

In der folgenden Übersicht sind die Angaben des BFS und des SBK zu den im Jahr 2008 abgeschlossenen Nachdiplomausbildungen und –kursen der sieben wichtigsten Weiterbildungen aufgeführt. Diese vermitteln einen Eindruck der Weiterbildungsaktivitäten in der Schweiz. Keine Zahlen liegen zu den im Ausland erworbenen Weiterbildungsabschlüssen (namentlich Master-Abschlüsse) vor.

Weiterbildung	Abschlüsse 2007 gemäss BFS	Abschlüsse 2008 gemäss BFS	Abschlüsse 2008 gemäss SBK
Master in Nursing Science (Universität Basel)	10	1	k.A.
Höhere Fachausbildung in Pflege, Stufe II (Bildungsangebote SBK und WE'G ¹⁹)	32	24	k.A.
Höhere Fachausbildung in Pflege, Stufe I (Bildungsangebot SBK)	202	223	345
Anästhesiepflege	103	107	96
Intensivpflege	269	241	219
Notfallpflege ²⁰	50	56	k.A.
Operationsschwester	59	48	45

¹⁹ Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau.

²⁰ Die Abschlüsse der Weiterbildung in Notfallpflege wurden bisher nicht vom BFS erhoben. Die Angaben in der Tabelle stammen von der Schweizerischen Interessensgemeinschaft Notfallpflege. SIN. Sie sind gemäss der SIN nicht vollständig.

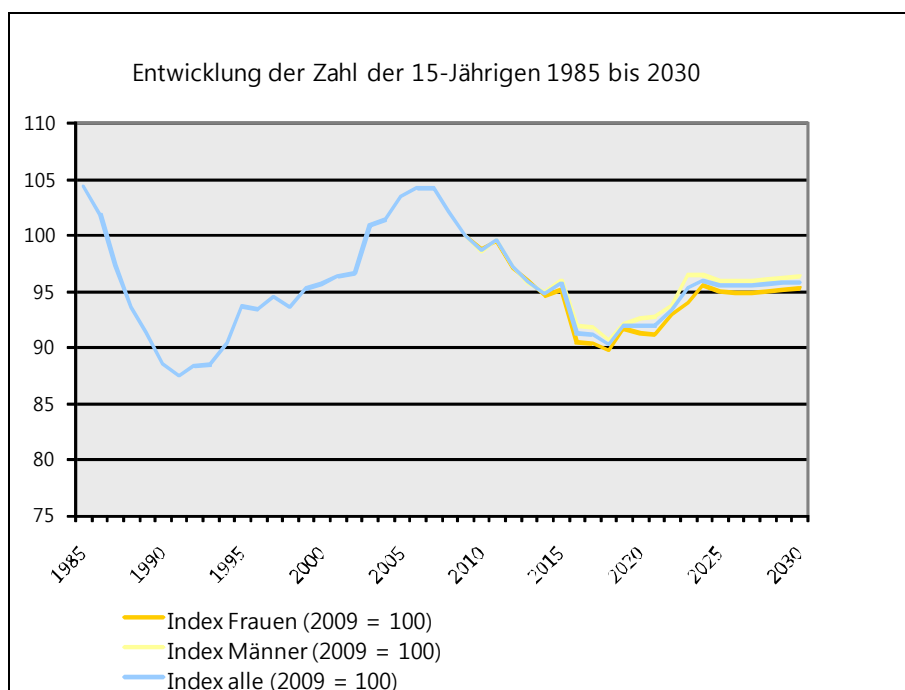
3 Rekrutierungspotential

3.1 Erstausbildungen auf Sekundarstufe II

Als Indikator für das Rekrutierungspotential für Ausbildungen auf Sekundarstufe II wird die Entwicklung der Zahl der Schulabgängerinnen von der Volksschule, stellvertretend gemessen an der Entwicklung der Zahl der 15-Jährigen, beigezogen.

Die Kurve zeigt erhebliche Schwankungen. Spitzenwerte zeigt die Zahlenreihe für die Jahre 1985 und 2005 mit je rund 90'000 Personen. Im Jahr 2010 wird diese Altersklasse noch rund 85'800 Personen umfassen. Den Tiefpunkt wird sie im Jahr 2018 mit noch 78'500 Personen erreichen, um bis 2030 wieder auf rund 83'400 Personen anzusteigen. Dabei ist ein leichter Anstieg des Ausländeranteils von heute 19.6% auf 21.5% festzustellen.

Die folgende Grafik dokumentiert die bisherige und die zu erwartende Entwicklung.



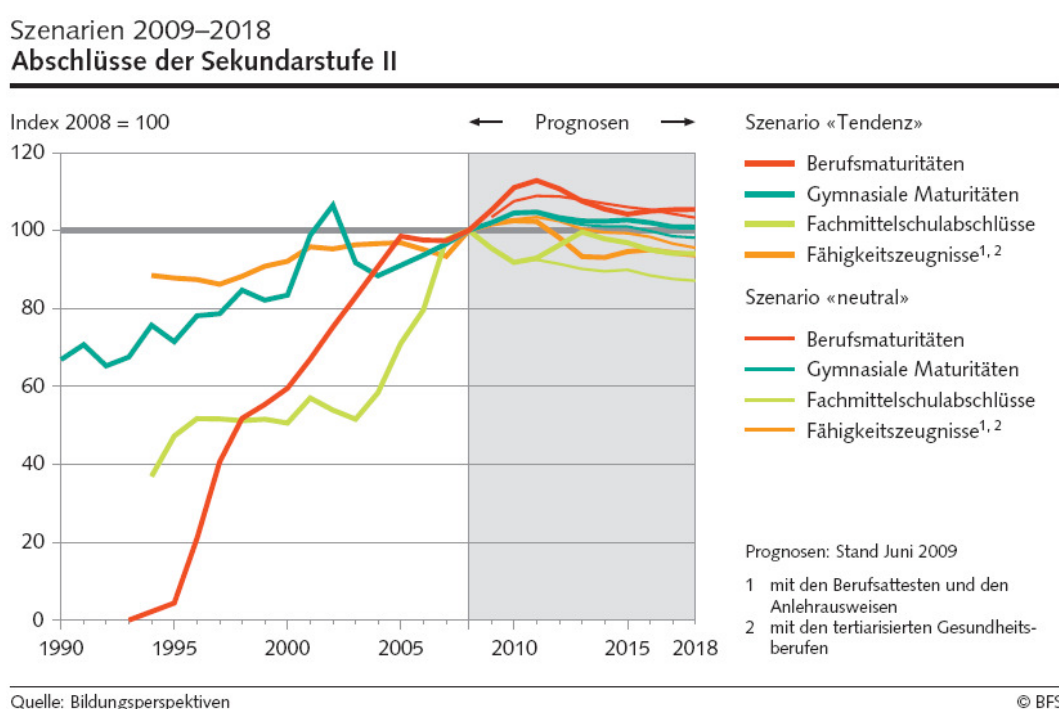
Die Entwicklung ist in den einzelnen Kantonen unterschiedlich. Die folgende Tabelle zeigt, in welchem Ausmass sich die Zahl der Schulabgängerinnen von 2008 bis 2018 verändern wird. Die Detailzahlen sind im Anhang 3 dokumentiert.

Veränderung der Zahl der Schulabgängerinnen 2008 bis 2018	Kantone
Abnahme von mehr als -20%	LU, OW, GL, SH, AR, AI, SG, TG, GR
Abnahme von -15 bis -20%	BE, UR, NW, SO
Abnahme von -10 bis -15%	SZ, BS, BL, AG, VS, NE
Abnahme von -5 bis -10%	ZH, VD
Abnahme von 0 bis -5%	ZG, GE
geringfügige Zunahme	FR, TI, JU

Die bisherige Übernachfrage der Jugendlichen nach Lehrstellen wird folglich demnächst der Vergangenheit angehören und die Rekrutierung von Lernenden somit schwieriger werden. Wie die obige Grafik zeigt, wird der Einbruch bei den Frauen deutlicher sein als bei den Männern. Die Gesundheitsbranche wird somit durch Rekrutierungsengpässe stärker betroffen sein als andere Branchen.

Die drei folgenden Faktoren werden den Rekrutierungsdruck zusätzlich verstärken:

- Die FaGe-Ausbildung ist immer noch im Ausbau begriffen. Die Zielwerte für das Lehrstellenangebot sind noch nicht erreicht.
- Die Bildungsprognosen des Bundesamtes für Statistik 2009 bis 2018 gehen davon aus, dass die berufliche Grundbildung vom Rückgang der Zahl der Schulabgängerinnen stärker betroffen sein wird als die schulischen Ausbildungen. Die folgende Grafik illustriert diese Prognosen:

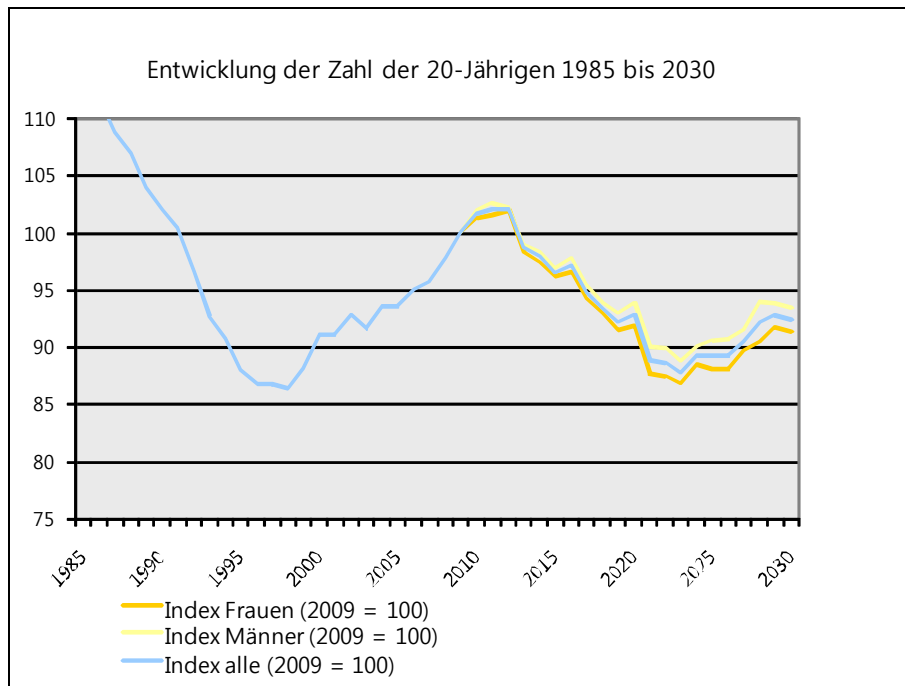


- In Anbetracht der sich abzeichnenden Entwicklung werden Mitarbeitende mit einem EFZ-Abschluss in den Gesundheitsinstitutionen als „Mittelbau“ an Bedeutung gewinnen. Bezüglich der Qualität der Ausbildung und der Kompetenzen der Ausgebildeten dürfen keine Kompromisse eingegangen werden.

3.2 Tertiäre Erstausbildungen

Im Jahr 1985 lebten fast 105'000 20-Jährige in der Schweiz, im Jahr 2010 umfasst diese Altersgruppe noch rund 94'400 Personen. Den Tiefpunkt wird sie im Jahr 2023 mit noch 81'400 Personen erreichen, um bis 2030 wieder auf rund 85'800 Personen anzusteigen. Die Entwicklung verläuft, wie nicht anders zu erwarten ist, um fünf Jahre zeitverschoben zu derjenigen der 15-Jährigen, allerdings mit weniger ausgeprägten Schwankungen. Bis im Jahr 2012 ist noch mit einer leichten

Zunahme zu rechnen, danach sinkt der Index bis ins Jahr 2023 auf knapp 87% des heutigen Anteils (Frauen) ab.



Entscheidender als die zahlenmässige Entwicklung der jungen Erwachsenen ist die Zahl derjenigen, die die geforderte Vorbildung für eine tertiäre Ausbildung in Gesundheitsberufen mitbringen. Es sind dies Folgende:

- Diplompflege auf Stufe HF: FaGe mit EFZ und Inhaberinnen eines FMS-Diploms.
- MTT-Berufe auf Stufe HF: EFZ in verwandten Berufen, Inhaberinnen eines FMS-Diploms.
- Diplompflege auf Stufe FH: FaGe mit EFZ und Berufsmaturität, Inhaberinnen eines FMS-Diploms und Fachmaturität, gymnasiale Maturität.
- MTT-Berufe auf Stufe FH: EFZ in verwandten Berufen mit Berufsmaturität, Inhaberinnen eines FMS-Diploms mit Fachmaturität, gymnasiale Maturität.

Die aktuelle Verteilung der Abschlüsse mit EFZ, Berufs- und Fachmatur, FMS-Diplom und gymnasialer Maturität wurde in Kapitel 2 aufgezeigt. Für das Jahr 2008 wurden gut 3'200 EFZ, knapp 3'700 FMS-Diplome, rund 1'000 Berufsmaturitätszeugnisse Gesundheit-Soziales und gut 17'000 gymnasiale Maturitätszeugnisse erfasst.

Diese Angaben geben nur eine Momentaufnahme wieder. Die Auswirkungen der Bildungsreform sind noch nicht so weit konsolidiert, dass verlässliche Bilder gezeichnet werden könnten.

Ohne massive Verschiebungen muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Rekrutierungsbasis für die tertiären Gesundheitsberufe zu schmal bleiben wird.

3.3 Rekrutierungspotential Erwachsene

3.3.1 Quereinsteigende

Quereinsteigende aus anderen Berufsfeldern stehen die folgenden Wege in Gesundheitsberufsausbildungen offen:

- Die PA-Ausbildung als niederschwelliger Einstieg. Diese soll ab 2012 durch die in Erarbeitung befindliche Attest-Ausbildung Gesundheit-Soziales abgelöst werden.
- Die reguläre FaGe-Ausbildung.²¹
- Die regulären Bildungs- und Studiengänge in tertiären Gesundheitsberufen. Diese Option richtet sich vorab an junge Quereinsteigende.
- In einigen Kantonen wird eine berufsbegleitende tertiäre Ausbildung, bisher in der Form von Erwachsenen-Ausbildungen mit erhöhtem Studierendenlohn, angeboten. Die Ausbildungsplätze sind bei diesen Ausbildungen begrenzt.

In der aktuellen konjunkturellen Situation dürfte das Potential an interessierten Quereinsteigenden recht gross sein. Erwachsene müssen in der Regel für ihren Lebensunterhalt selber aufkommen, die finanziellen Rahmenbedingungen während einer Ausbildung, d.h. der tiefe Studierendenlohn oder die geringe Praktikumsentschädigung, reichen dazu aber nicht aus. Dies dürfte vielen Interessentinnen einen qualifizierten Umstieg in die Gesundheitsberufe verunmöglichen. Die Massnahmen für eine bessere Ausschöpfung dieses Potentials sind in Teil III dargestellt.

3.3.2 Wiedereinsteigende

Viele Frauen suchen nach Abschluss der Familienphase den Wiedereinstieg in den Beruf. Dies gilt auch für die Gesundheitsberufe. Allerdings liegen keine Statistiken oder Einschätzungen zur Zahl möglicher Wiedereinsteiger in diesen Berufen vor.

Ein Wiedereinstieg bringt nicht nur zusätzliches Einkommen. Erhöhte Selbstständigkeit, erhöhtes Selbstvertrauen und breitere Integration sind weitere positive Aspekte aus Evaluationsberichten. Aufgrund der Erfahrungen scheint aber die Hemmschwelle für den Wiedereintritt recht hoch zu sein. Sie ist mit verursacht durch den raschen Wandel der Berufsfelder im Gesundheitswesen und die zeitlichen Arbeitsbedingungen mit Spät- und Wochenenddiensten.

Die aktuelle konjunkturelle Situation dürfte sich grundsätzlich positiv auf die Bereitschaft auswirken, in den Beruf zurückzukehren. Eines der Hauptprobleme bei der Rekrutierung von Wiedereinsteigenden scheint jedoch deren Erreichbarkeit zu sein: Hier ist das Thema des Berufsmarketings angesprochen.

Die Massnahmen für eine bessere Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials bei Wiedereinsteigenden sind in Teil III dargestellt.

3.3.3 Berufliche Weiterentwicklung

Die Bildungssystematik öffnet mit ihrem Grundsatz „kein Abschluss ohne Anschluss“ allen Berufsfachleuten den Weg in eine nächste Qualifikationsstufe. Die nächste Qualifikationsstufe ist in der Regel in erleichterter Form zu erreichen:

- Inhaberinnen des PA-Diploms und anderen Erwachsenen mit Wissen und Erfahrung im Bereich Pflege und Betreuung steht die verkürzte FaGe-Grundbildung offen.

²¹ Die verkürzte Grundbildung FaGe Erwachsene steht nur Personen mit mindestens zweijähriger Erfahrung im Berufsfeld Pflege und Betreuung offen.

- Inhaberinnen eines Attestes Gesundheit-Soziales steht die FaGe-Ausbildung offen. Gemäss den Grundsätzen des BBT zu den Attestausbildungen werden für einen erleichterten Übertritt keine Automatismen geschaffen, individuell angepasste Erleichterungen werden aber möglich sein.
- FaGe mit EFZ steht eine verkürzte Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau offen. Die Verkürzung ist unter den einzelnen schulischen Anbietern unterschiedlich geregelt.

Durch den Besuch weiterführender Ausbildungen wird die Qualifikationsstruktur des Personals verbessert. Die Zahl der Mitarbeitenden wird dagegen nicht erhöht.

4 Aktuelle Fördermassnahmen

4.1 Die Umfrage bei den Kantonen

Um ein Bild über die aktuellen Fördermassnahmen in den Kantonen zu erhalten, hat das Zentralsekretariat der GDK im Juni 2009 eine Umfrage durchgeführt. Angeschrieben wurden die kantonalen Gesundheitsdepartemente, welche die Antworten bei den involvierten Partnern - den Bildungsbehörden und den kantonalen Organisationen der Arbeitswelt - eingeholt haben. Der Rücklauf betrug 100%.

Als allgemeine Aussage wurde verschiedentlich festgehalten, die Umsetzung des neuen Berufsbildungsgesetzes, d.h. die Überführung der Gesundheitsberufe in die Bildungssystematik und die Kompetenz des Bundes, sei noch nicht abgeschlossen. Aus diesem Grund wird eine Beurteilung der neuen Ausbildungen und eine Prognose zu deren Entwicklung als schwierig erachtet. Der Umbau wird als verunsichernd für die potentiell an den Ausbildungsgängen Interessierten wahrgenommen.

Nachfolgend werden die Antworten der Kantone pro Fragenbereich zusammengefasst und die als erfolgreich beurteilten Massnahmen vorgestellt.

4.2 Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials

4.2.1 Ausbildungsrekrutierung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Das Rekrutierungspotential bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann mit Hilfe einer geeigneten Berufskommunikation besser ausgeschöpft werden. Ziel solcher Massnahmen ist es, bei den jungen Menschen das Interesse für die Gesundheitsberufe insgesamt zu wecken, nicht nur für bestimmte Institutionstypen oder gar für einzelne Betriebe. Deshalb gehören solche Massnahmen in der Regel zum Aufgabenkatalog der kantonalen bzw. regionalen Organisationen der Arbeitswelt oder sie werden von den Bildungszentren wahrgenommen.

Je nach dem, ob das Lehrorts- oder das Schulortsprinzip angewandt wird, nehmen die Betriebe oder die Berufsschulen bzw. die höheren Fachschulen die Hauptrolle bei der Ausbildungsrekrutierung wahr. Auf der Stufe der beruflichen Grundbildung war in der lateinischen Schweiz bis anhin das Schulortsprinzip vorherrschend, in der Deutschschweiz das Lehrortsprinzip. Mit dem Inkrafttreten der neuen Bildungsverordnung FaGe wechseln viele Westschweizer Kantone und das Tessin ebenfalls zum Lehrortsprinzip. Auf der Stufe der höheren Berufsbildung wird in der Mehrzahl der Kantone das Schulortsprinzip angewandt. Ausnahmen stellen die Kantone der Zentralschweiz sowie die Kantone beider Basel, Solothurn und St. Gallen dar.

Aus der Umfrage geht deutlich hervor, dass fast alle Kantone allgemeine Berufsinformation und Berufsmarketing betreiben. Dabei werden verschiedene Informationsmittel und -kanäle genutzt. Zu den Informationsmitteln zählen Broschüren, Faltprospekte, Zeitungsartikel in (Gratis-)Zeitungen, Inserate, Plakate, DVDs, Videos und Werbespots. Diese werden über die Berufsinformationszentren oder über andere Informationsstellen verteilt. Im Kanton Waadt existiert beispielsweise ein Infor-

mationszentrum eigens für die Gesundheits- und Sozialberufe: Centre d'information sur les professions de la santé et du social CiPS. In einigen Kantonen sind die Bildungszentren Gesundheit direkt in die Berufskommunikation einbezogen und beteiligen sich finanziell und/oder personell an den Aktivitäten. Einige Kantone oder Regionen haben spezifische Websites für die Bekanntmachung der Gesundheitsberufe. Nebst allgemeiner Berufsinformation bestehen in den meisten Kantonen noch weitergehende Massnahmen:

- Schnuppertage in den Institutionen und/oder Schulen;
- Präsentation der Gesundheitsberufe an Ausbildungsmessen;
- Informationsveranstaltungen;
- Schulbesuche (die Gesundheitsberufe werden in der obligatorischen Schule vorgestellt);
- Spezifische Websites zu den Gesundheitsberufen (Beispiele vgl. Anhang 4);
- Spezielle und zeitlich befristete Werbeaktionen, etwa ein "Gesundheits-Tram", organisiert von der OdA beider Basel.

Die Aktivitäten richten sich primär an die Jugendlichen im Berufswahlprozess und sekundär an deren Eltern und Lehrer. All diese Massnahmen werden insgesamt als sehr erfolgreich bezeichnet, was sich unter anderem an der hohen Nachfrage nach der Lehrausbildung zur Fachfrau Gesundheit zeigt. Gemäss einer Erhebung des BBT ist die Lehre zur Fachfrau Gesundheit im Jahr 2008 auf Platz vier der meist gewählten Lehrstellen vorgerückt. Die Nachfrage übersteigt jedoch das Angebot an Lehrstellen. Allerdings wird zu Recht auch angemerkt, dass sich der Erfolg der Marketingmassnahmen nur unscharf messen lässt und längerfristig zu beurteilen ist. Welche Rolle die besagten Massnahmen in der Berufswahl der Jugendlichen und ihrer Umgebung tatsächlich spielen und welches Gewicht sie dabei einnehmen, muss offen gelassen werden.

Die Finanzierung der skizzierten Massnahmen wird durch die folgenden Akteure wahrgenommen:

- Kantonale Gesundheitsdirektionen (Leistungsverträge mit den kantonalen OdA);
- Kantonale Berufsbildungsämter (Leistungsaufträge an die Berufsinformationszentren);
- Betriebe;
- oder eine geteilte Trägerschaft von mehreren der genannten Finanzierer.

Die Art der Finanzierung ist häufig abhängig von kantonalen Strukturen und Zuständigkeiten. Ein Blick auf die eingesetzten Kommunikationsmittel und die Zuständigkeiten in den Kantonen zeigt, dass die Massnahmen stark regional geprägt und auf die einzelnen Berufe ausgerichtet sind. Es mangelt nicht an Aktivitäten und Material, sondern an der Koordination und der Abstimmung unter den Kantonen, Bildungsanbietern und Versorgungsbereichen. Aus dem Bedürfnis heraus, die vorhandenen regionalen Aktivitäten zu bündeln, hat die OdASanté das Projekt "Dachkommunikation Gesundheitsberufe" lanciert. Ab 2010 sollen einheitliche Basis-Kommunikationsmittel wie z.B. Faltblätter zu jedem Beruf und Fotomaterial zur Verfügung gestellt werden. Dabei soll die Anschlussfähigkeit für die Partner auf regionaler und kantonaler Ebene berücksichtigt werden. Die Verwendung eines einheitlichen visuellen Rahmens und einheitlicher Botschaften dürfte die Herausbildung einer "Marke Gesundheitsberufe" fördern und die Gesundheitsberufe gegenüber anderen Branchen besser positionieren.

Nicht zu vergessen ist jedoch, dass die Attraktivität der Ausbildungen nicht nur von deren Vermarktung, sondern auch vom effektiven Angebot abhängt. Ein Kanton gibt in der Umfrage das begrenzte Angebot an Ausbildungsmöglichkeiten in den Bereichen Pädiatrie und Rehabilitation,

die bei Lernenden beliebt sind, als zusätzlichen Grund für die Schwierigkeiten bei der Ausbildungsrekrutierung an.

4.2.2 Rekrutierung von Erwachsenen (Wiedereinsteigende/Quereinsteigende)

Das Rekrutierungspotential bei erwachsenen Wiedereinsteigenden und Quereinsteigenden scheint in vielen Kantonen erkannt worden zu sein. Mindestens 13 Kantone bieten **Kurse für Wiedereinsteigende** an. Es handelt sich dabei vor allem um Nachholkurse, in denen berufsspezifische Kenntnisse aufgefrischt oder aktuell geforderte Kompetenzen - etwa im Bereich der Informatik - erworben werden können. Die Kurse können meistens berufsbegleitend bzw. in Teilzeit besucht werden. Davon zu unterscheiden sind Weiterbildungskurse zur Spezialisierung und Vertiefung der Fachkompetenzen. Diese Kurse richten sich im Allgemeinen an im Gesundheitswesen tätiges Personal. Das Angebot ist breit und reicht von betriebsinternen, eintägigen Kursen über mehrmonatige Ausbildungen bis zu Nachdiplomkursen und -studiengängen an Höheren Fachschulen und Fachhochschulen.

Einige Kantone geben an, dass die Gesundheitsdirektionen die Kurskosten tragen oder den Auszubildenden eine erhöhte Ausbildungsentschädigung ausrichten. Die Angebote richten sich zum einen an Personen, die während mehrerer Jahre nicht in einer Gesundheitsinstitution tätig waren und zum anderen an Personen, die bereits wieder eine Anstellung haben. Im ersteren Fall besteht eine Schwierigkeit darin, die Zielgruppe überhaupt zu erreichen. Ein möglicher Kanal sind die Verbände, welche ihre inaktiven Mitglieder über die Kurse informieren können. Die Vergütung der Kurskosten für bereits Wiedereingestiegene scheint sich sehr zu bewähren: Im Kanton Waadt werden beispielsweise seit 2004 jährlich ca. 80 Pflegefachfrauen über ein persönlich zugeschnittenes Wiedereinstiegs-Programm rekrutiert. Das Programm wird vollständig durch den Kanton Waadt (Service de la santé publique) finanziert.

Zur Orientierung für Wiedereinstiegswillige kann eine Zusammenstellung der formal und anderweitig erworbenen Kompetenzen ("bilan des compétences") sinnvoll sein. Der Kanton Genf verfügt über ein eigens dafür bestimmtes Zentrum (Centre de Bilan Genève, CEBIG), dessen Angebote sich an Berufspersonen aus allen Branchen richtet.

Schliesslich verfügen einige Kantone auch über **Angebote für Quereinsteigende** und bieten teilweise finanzielle Unterstützung, indem sie eine höhere Praktikumsentschädigung für die Auszubildenden garantieren. Erwähnenswert sind die bereits realisierten oder geplanten betriebsgestützten Ausbildungen der höheren Fachschulen. Bei dieser Massnahme werden die Auszubildenden vom Betrieb angestellt und absolvieren eine Ausbildung mit reduzierten schulischen Anteilen. Die Ausbildungsdauer wird auf vier Jahre erhöht, so dass die Lernenden zu grösseren Anteilen im Betrieb eingesetzt werden können. Die Betriebe bezahlen den Auszubildenden im Gegenzug eine Praktikumsentschädigung, die dem Niveau der Minimallöhne entspricht. Bereits absolvierte Bildungsleistungen werden den Quereinsteigenden angerechnet.

4.2.3 Validierung von Bildungsleistungen und verkürzte Nachholbildung

Zahlreiche Kantone ermöglichen Personen, die Bildungsleistungen auf anderem Weg erworben haben, den Zugang zum Qualifikationsverfahren zur Erlangung des EFZ Fachfrau Gesundheit über die so genannte Validierung von Bildungsleistungen (vgl. Art. 33 BBG, Art. 31 BBV). Dabei werden zuerst die bereits erbrachten Bildungsleistungen und die Berufserfahrung festgehalten. Die Person

erwirbt sodann die fehlenden Kenntnisse und durchläuft danach das Qualifikationsverfahren zum Erlangen des Fähigkeitszeugnisses.²² Das Angebot erfreut sich einer sehr grossen Nachfrage. Das Validationsverfahren soll in Zukunft deshalb auch auf die Tertiärstufe B ausgeweitet werden.

Auf der Grundlage von Art. 32 BBV werden in einigen Kantonen zudem verkürzte Nachholbildungen für den Abschluss FaGe angeboten. Das Verfahren stellt für erwachsene Personen mit Abschlüssen von altrechtlichen Ausbildungen (z.B. Praktische Krankenpflegerinnen mit Fähigkeitsausweis SRK "FA SRK") eine wichtige Möglichkeit dar, einen in der Bildungssystematik des Bundes anerkannten Abschluss zu erwerben, ohne die ganze Ausbildung durchlaufen zu müssen. Die modularisierte Nachholbildung wird in der Regel berufsbegleitend absolviert. Laut den Rückmeldungen besteht eine zunehmende Nachfrage nach der Nachholbildung, was dazu beiträgt, dass sich die Zahl der Ausbildungsabschlüsse FAGE erhöht. Da die an den Programmen Teilnehmenden meist gut in einen Betrieb integriert sind, den Beruf bereits kennen und vom Betrieb auch unterstützt werden, werden vergleichsweise wenige Ausbildungsabbrüche festgestellt.

4.3 Förderung der praktischen Ausbildung in den Betrieben

Der Ausbildung der Studierenden in der betrieblichen Praxis kommt mit einem Anteil von einem Drittel bis zur Hälfte der gesamten Ausbildungszeit eine zentrale und unerlässliche Rolle zu. Nebst den eigentlichen Praktika bzw. der betrieblichen Ausbildung enthalten auch die überbetrieblichen Kurse (ÜK) in der beruflichen Grundbildung und der Lernbereich Training und Transfer (LTT) auf der Stufe der Höheren Fachschule praktische Anteile. Hier wird der Transfer des theoretischen Wissens in die Praxis vorbereitet und die praktischen Fertigkeiten werden eingeübt.

Abgesehen davon, dass der Anteil der praktischen Ausbildung an der Gesamtausbildung verglichen mit anderen Branchen sehr hoch ist, ist auch der Betreuungsaufwand für die Praktikumsbetriebe beträchtlich. Der Ausbildungsaufwand für die praktische Ausbildung wird aufgrund von Erhebungen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern auf sieben Stunden pro Praktikumswoche und Studierende eingeschätzt. Umgerechnet auf die Lohnkosten einer Praxisausbilderin (diplomierte Fachperson des entsprechenden Berufs mit pädagogischer Zusatzqualifikation) ergibt sich daraus ein Betrag von CHF 300.- pro Praktikumswoche und Studierende. Auch wenn der Betrag die Kosten auf Seite der Betriebe möglicherweise nicht exakt abbildet, so wird er doch als plausibel angesehen. In Kantonen, in denen eine zweckgebundene Ausbildungsentschädigung an die Betriebe gezahlt wird, bewegt sich der Betrag für die Praktika von Bildungsgängen auf Tertiärstufe in dieser Höhe.

In den Diskussionen um die Ausbildungsfinanzierung wird immer wieder das Argument ins Feld geführt, den Kosten für die Ausbildungstätigkeit stehe auch ein beachtlicher Nutzen für die Betriebe gegenüber. Der Nutzen sei zum einen finanzieller Art, zum anderen fliesse durch die Auszubildenden auch neues Wissen in den Betrieb ein und manche Lernende würden nach der Ausbildung eine Anstellung im betreffenden Betrieb annehmen. Letzteres Argument wird von den Betrieben im Allgemeinen bestätigt. Es scheint vor allem im Lehrortsprinzip und eher in der beruflichen Grundbildung zu greifen. In den Ausbildungen der Tertiärstufe sind die Praktika oft von kürzerer Dauer und müssen aufgrund curricularer Vorgaben in verschiedenen Institutionen absolviert wer-

²² Mehr Informationen zur Validierung von Bildungsleistungen finden sich unter www.validacquis.ch.

den. Dadurch entsteht nicht automatisch eine enge Bindung an einen bestimmten Betrieb. Zum finanziellen Nutzen: Der Betrieb bezahlt den Lernenden eine Praktikumsentschädigung. Diese bemisst sich nach der beschränkten produktiven Leistung der Lernenden.²³ Weil die Praktikumsentschädigung keine Ausbildungskosten im eigentlichen Sinn darstellt, sondern Bestandteil der Personalkosten der Betriebe ist, wird auf diesen Aspekt nachfolgend nicht weiter eingegangen. Hingegen dürfte die Höhe der Praktikumsentschädigung für die potentiellen Studierenden eine Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine Ausbildung auf der Tertiärstufe bilden. Es muss berücksichtigt werden, dass ein Teil der Studierenden bereits eine Berufsausbildung auf der Sekundarstufe II absolviert, in einem Betrieb gearbeitet und einen entsprechenden (Lehrlings)lohn bezogen hat.

Das Verhältnis von Angebot und Nachfrage an praktischen Ausbildungsplätzen ist je nach Ausbildungsstufe und Beruf unterschiedlich, jedoch tendenziell angespannt. Für die berufliche Grundbildung FaGe besteht ein Mangel an Lehrstellen. Diesem Befund sind jedoch die Anstrengungen der Betriebe zur Steigerung der Lehrverhältnisse in den letzten vier Jahren gegenüberzustellen (vgl. Kapitel 2.2.5). Eine Erhöhung des Angebots ist nötig, jedoch muss diese in einem für die Betriebe verkraftbaren Mass geschehen. In den meisten Bildungsgängen der Höheren Fachschulen und der Fachhochschulen fehlen Praktikumsplätze. Oftmals gelingt es den Schulen nur dank ausgeklügelten organisatorischen Massnahmen, genügend Praktikumsplätze zu organisieren. Die Bildungsanbieter müssen auch auf Plätze ausserhalb des Standortkantons zurückgreifen, was zu einem Konkurrenzkampf zwischen den Schulen, teilweise sogar mit solchen aus den Nachbarländern, führt. Ausserdem wird der Grossteil der praktischen Ausbildung in den Spitälern angeboten. Nicht zuletzt mit Blick auf die zunehmende Bedeutung des ambulanten Bereichs ist es nötig, die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit auch spitalexterne Institutionen sowie Privatpraxen Praktika für die entsprechenden Berufe anbieten können. Es ist anzunehmen, dass die Abgeltung des Ausbildungsaufwandes für die praktische Ausbildung eine entscheidende Rolle dafür spielt, ob Betriebe bereit sind, Studierende auszubilden oder nicht. Festzustellen ist ausserdem, dass die Spitäler nach wie vor die Hauptlast der praktischen Ausbildung wahrnehmen. Gemessen an ihrem Pflegepersonalbedarf bilden der Langzeit- und Spitexbereich noch unterproportional aus. Hier gilt es, das vorhandene Ausbildungspotential mit geeigneten Massnahmen auszuschöpfen.

4.3.1 Bildungsgänge auf der Tertiärstufe

Als wichtigste Fördermassnahmen der praktischen Ausbildung sind die finanzielle und die organisatorische Unterstützung der Betriebe durch die kantonalen Oda und durch die Gesundheitsdirektionen zu nennen.

Die finanzielle Unterstützung erfolgt hauptsächlich auf zwei Arten: im Rahmen von Leistungsverträgen und in der Westschweiz für die FH-Studiengänge über den Fonds de la formation pratique. Mehr als die Hälfte der Kantone gelten den Ausbildungsaufwand der öffentlichen Betriebe als Teil

²³ Die Produktivität der Studierenden wurde für den Bildungsgang Pflege mit Hilfe der Leistungserfassung Pflege (LEP) erhoben. Die Studierenden HF weisen gegenüber einer diplomierten Pflegefachfrau eine Produktivität von 20% im ersten, von 50% im zweiten Ausbildungsjahr und von 80% im dritten Ausbildungsjahr aus. Gestützt auf diese Grundlage hat der Vorstand der GDK im Jahr 2004 eine Empfehlung betreffend die Besoldung der Lernenden an Höheren Fachschulen Pflege ausgesprochen. Für die dreijährige Ausbildung in Diplompflege auf Stufe HF bildet gemäss diesen Berechnungen eine Lohnsumme von insgesamt ca. CHF 40'000.- für die produktive Arbeitsleistung die Grundlage. Dieser Betrag wurde bislang von den Betrieben als Richtwert verwendet. Für die medizinisch-technischen und -therapeutischen Bildungsgänge wird ebenfalls eine Vereinheitlichung der Praktikumsentschädigung angestrebt.

der gemeinwirtschaftlichen Leistungen mittels Pauschalen ab. Die Ausbildungsverpflichtung wird in Leistungsverträgen teilweise explizit festgehalten. Nur in wenigen Kantonen wird die Ausbildungsleistung der Betriebe jedoch auch direkt und zweckgebunden entschädigt. Dieser Finanzierungsmechanismus wird als erfolgreich beurteilt: Das Ausbildungspotential kann seit seiner Einführung besser ausgeschöpft werden.

In den Studiengängen der HES-SO wird der Ausbildungsaufwand der Praktikumsbetriebe über den Fonds de la formation pratique abgegolten. Durch die Entschädigung werden der Betreuungsaufwand sowie die Kurskosten der Praxisausbildner zu einem Teil gedeckt. Der Fonds wird aus Geldern der kantonalen Erziehungsdirektionen alimentiert. Um die Entschädigung zu erhalten, müssen die Betriebe die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Unterzeichnung der Vereinbarung über die Praxisausbildung HES-SO;
- Ernennung einer Praxisausbildnerin, welche die nötigen Voraussetzungen erfüllt (Diplom im entsprechenden Beruf, zweijährige Berufserfahrung und absolvierter Kurs zur Praxisausbildnerin).

Als weiterer finanzieller Anreiz für die Praktikumsbetriebe wurde die Massnahme genannt, wonach der Kanton einen Teil der Praktikumsentschädigung an die Studierenden übernimmt und sich so der Beitrag der Betriebe reduziert.

Zu den organisatorischen Massnahmen gehören:

- Förderung und Finanzierung von regionalen Strukturen für die Organisation und die Durchführung des LTT Praxis;²⁴
- Bereitstellung von Ausbildungskonzepten und Förderung von Verbänden für kleinere Betriebe;
- Rahmenvereinbarungen und Praktikumsverträge für die praktische Ausbildung zwischen der Schule und den Praktikumsinstitutionen;
- Aus- und Weiterbildungsangebot für die Praxisausbildner an der HES-SO; Finanzierung wird teilweise vom Kanton übernommen.

Die bestehenden Massnahmen werden als erfolgreich beurteilt. Die enge Zusammenarbeit zwischen der Schule und der Praktikumsinstitution ist für die Bildungsgänge der Höheren Fachschulen im Rahmenlehrplan vorgeschrieben. Die Fachhochschulen schliessen ebenfalls Vereinbarungen mit den Praktikumsinstitutionen ab (in der Westschweiz ist die Entschädigung des Ausbildungsaufwands an diese Vereinbarung geknüpft).

Einige Kantone kennen das Lehrortsprinzip auf Stufe HF und beurteilen dies als attraktive Form für die Betriebe, ihre Ausbildungstätigkeit wahrzunehmen. Dadurch sind die Schulen noch stärker in der Pflicht, das Curriculum möglichst betriebsgerecht zu gestalten. Es entsteht ausserdem eine engere Bindung des Lernenden zum Ausbildungsbetrieb, was im Hinblick auf eine spätere Anstellung für den Betrieb attraktiv ist. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass grössere Betriebe mit vielen Ausbildungsplätzen dadurch auf Kosten von kleineren Institutionen bevorzugt werden. Grössere Betriebe können den Lernenden attraktivere Bedingungen bieten, sind flexibler bei der Schaffung von Ausbildungsstellen und erhalten gegenüber den Schulen mehr Gewicht. Damit wer-

²⁴ Damit der Transfer der Inhalte in alle Branchen möglich ist, muss gewährleistet sein, dass der LTT tatsächlich von Instruktoren aus der betrieblichen Praxis angeboten wird und dass sich die Betriebe aller Versorgungsbereiche daran beteiligen können.

den kleinere Institutionen und Heime belastet. Das Ziel besteht jedoch darin, möglichst alle Betriebe für die Ausbildungstätigkeit zu gewinnen. Ob sich das Schulorts- oder das Lehrortsprinzip längerfristig besser bewährt, muss genau verfolgt werden.

4.3.2 Berufliche Grundbildung

Im Gegensatz zur höheren Berufsbildung kommt den Betrieben in der beruflichen Grundbildung - im Lehrortsprinzip - die Hauptverantwortung für die Ausbildung zu. Entsprechend sind auch die kantonalen OdA auf dieser Stufe stärker und in vielfältiger Weise tätig. Wenn das Aufgabengebiet der einzelnen OdA sich von Region zu Region auch recht unterschiedlich präsentiert, so zählen doch alle OdA die Durchführung der überbetrieblichen Kurse (ÜK) und des abschliessenden Qualifikationsverfahrens zu ihren Aufgaben. Nebst dieser organisatorischen Unterstützung nehmen die OdA vor allem auch Informations- und Vermittlungsaufgaben wahr. Sie informieren die Betriebe über die Möglichkeit, Lehrstellen anzubieten, organisieren Informationsveranstaltungen oder helfen bei der Schaffung von Lehrstellenverbänden. In einigen Kantonen sind Lehrstellenförderer tätig (so genannte "Networker" - regional bekannte Personen, z.B. ehemalige Pflegedienstleiterinnen), die aktiv auf die Betriebe zugehen und sie motivieren, zusätzliche Lehrstellen anzubieten. Aufgrund der von der OdASanté durchgeführten Umfrage bei den kantonalen OdA soll dieses Projekt auf eine kantonsübergreifende Ebene ausgeweitet werden.²⁵ Diese Unterstützungsangebote werden von den Betrieben geschätzt; die Bereitschaft, Lernende auszubilden, ist vorhanden. Als Hindernis für eine noch stärkere Ausschöpfung des Lehrstellenpotentials geben die Betriebe offenbar mangelnde personelle Ressourcen und einen hohen quantitativen und qualitativen (Qualifikationen der Ausbilderinnen) Bildungsaufwand an. Eine Rolle bei der Bereitschaft, Lehrstellen anzubieten, dürfte auch die Betriebsgrösse spielen.

Die finanzielle Unterstützung ist kantonal unterschiedlich geregelt. Nur wenige Kantone entschädigen die Ausbildungsleistungen der Betriebe zweckgebunden. Positiv zu erwähnen ist hier der Kanton Bern, der die Ausbildungsleistungen unabhängig vom Institutionstyp entschädigt. In einigen Kantonen werden die Ausbildungsleistungen der Spitäler über Pauschalbeiträge (gemeinwirtschaftliche Leistungen) mitfinanziert. Für Heime, Spitex und private Institutionen wird damit kein Kantonsbeitrag ausgerichtet. Die Kantone der Romandie und der Kanton Tessin kennen einen branchenübergreifenden Berufsbildungsfonds zur Lehrstellenfinanzierung. Dabei werden die Löhne der Lernenden durch die kantonalen Gesundheitsbehörden subventioniert. Der Erfolg der finanziellen Unterstützung wird als hoch beurteilt.

4.4 Personalerhaltung und Eingliederung der neuen Berufsbilder in die bestehenden Personalstrukturen

Auf die Frage nach Massnahmen zum Personalerhalt werden Mitarbeiterbefragungen, Weiterbildungsmöglichkeiten, Anpassung der Saläre des Pflegepersonals und der Abschluss eines Gesamtarbeitsvertrags mit Einschluss der Spitäler und - in einigen Kantonen - der Heime und der Spitex genannt. Einzelne Kantone haben ein ganzes Massnahmenpaket zur Verbesserung der Arbeitssitu-

²⁵ Bericht über die Auswertung der Befragung der kantonalen und regionalen Organisationen der Arbeitswelt Gesundheit über die Lehrstellensituation FaGe. Illumino Beratung und Projekte im Auftrag der OdASanté, Hausen am Albis, Juli 2009.

ation des Pflegepersonals durchgeführt und dafür auch beträchtliche Mittel investiert. Das Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne setzt seit einigen Jahren das Programm "Magnet Hospital" zur Personalerhaltung um. Das Programm war vom American Nurses Credentialing Center (ANCC) mit dem Ziel entwickelt worden, Institutionen zu erkennen und auszuzeichnen, die hervorragende Pflege leisten und vorbildlich mit dem Personal umgehen.

Die Eingliederung von neuen Berufsbildern betrifft in erster Linie die Integration der FaGe in die Pflege- und Behandlungsteams. Jedoch wurden mit der Überführung der Gesundheitsberufe in die Bildungssystematik des Bundes die Ausbildungsbestimmungen und Lehrpläne der meisten Bildungsgänge angepasst. In der Deutschschweiz stellt insbesondere das Nebeneinander der Pflegeausbildung an Fachhochschulen und an Höheren Fachschulen eine neue Situation dar. Es wird sich wohl erst in einigen Jahren zeigen, inwiefern sich die Einsatzmöglichkeiten und Aufgabenprofile der Pflegefachpersonen mit FH-Abschluss gegenüber denjenigen der Pflegefachpersonen mit HF-Abschluss unterscheiden. Mehrere Kantone bzw. OdA geben an, dass die Betriebe entsprechende Skill- und Grademix-Projekte durchgeführt haben. Dabei handelt es sich um längerfristige Organisationsentwicklungsprozesse, die zum Ziel haben, Personen mit bestimmten Kompetenzen am richtigen Ort einzusetzen und sinnvolle Aufgabenprofile zu schaffen. Die Projekte erlauben schliesslich, den Personalbedarf detailliert zu ermitteln. Einzelne Kantone oder regionale OdA haben entsprechende Instrumente erarbeitet und bieten Schulungen oder Informationsveranstaltungen an. Diese stellen eine Anleitung zur Planung und Durchführung der betrieblichen Projekte dar, können diese jedoch nicht ersetzen. Erwähnenswert ist hierzu das von der OdA beider Basel erarbeitete Handbuch zum Skill- und Grademix.²⁶ Die meisten Antwortenden geben an, dass es noch zu früh sei für eine Aussage zum Erfolg der Projekte. Die Notwendigkeit dieser Organisationsentwicklungen scheint jedoch unbestritten zu sein. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass von Seiten der Pflegeabteilungen zum Teil beträchtliche Widerstände gegen den neuen Beruf FaGe zu überwinden waren.

4.5 Beurteilung der aktuellen Personalsituation

Die Adressaten der Umfrage wurden zum Schluss um eine Einschätzung der aktuellen Personal- und Rekrutierungssituation gebeten. Auch wenn die Antworten von Einzelpersonen stammen und daher vom jeweiligen Kenntnisstand und der subjektiven Beurteilung abhängen, vermögen die Rückmeldungen doch ein Stimmungsbild abzugeben. Das Bild wird durch die hohe Übereinstimmung der Antworten zusätzlich plausibilisiert.

4.5.1 Akutbereich

Die Situation wird grossmehrheitlich als angespannt beschrieben. Die Stellen können nach einiger Zeit (bis zu mehreren Monaten) in der Regel besetzt werden. Der Anteil der Bewerbungen aus den Nachbarländern ist hoch. Grosse Schwierigkeiten bestehen beim spezialisierten Fachpersonal in der Operationspflege, Intensiv- und Anästhesiepflege und bei den Biomedizinischen Analytikerinnen.

²⁶ Der richtige Mix bringt's! Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung. OdA Gesundheit beider Basel, 2007. www.oda-gesundheit.ch.

Einige Westschweizer Kantone geben an, dass die FaGe nach Abschluss der Ausbildung gleichsam vom Arbeitsmarkt verschwinden und daher diese Stellen nicht alle besetzt werden können.

4.5.2 Langzeitbereich

Im Langzeitbereich wird die Situation als angespannt bis sehr angespannt bezeichnet. Als grösste Schwierigkeit wird einhellig die Suche nach diplomiertem Pflegefachpersonal genannt. In ländlichen Gebieten verschärft sich das Problem zusätzlich. Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Landesteilen feststellbar.

4.5.3 Spitexbereich

Im Spitexbereich zeichnet sich ein ähnliches Bild wie in der Langzeitpflege, wenn auch leicht weniger angespannt. Die Schwierigkeit besteht darin, genügend qualifiziertes Fachpersonal zu rekrutieren. Ein Kanton meldet, das Interesse an einer Vertiefung im Bereich Geriatrie/Gerontologie scheint kaum vorhanden zu sein. Die Suche nach Haushelferinnen (aides familiales) wird als unterschiedlich schwierig wahrgenommen. Einige Kantone verweisen auf die Zuständigkeit der Gemeinden und können keine Antwort geben.

Teil II : Einschätzung der Bedarfsentwicklung

5 Personalbedarf 2020

5.1 Ergebnisse der Obsan-Studie

Die Bedarfsprognosen des Obsan untersuchen hauptsächlich die Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Pflege- und Betreuungsbedarf in den Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex. Grundlage bilden die Bevölkerungsprojektionen des Bundesamtes für Statistik.²⁷

Die Bedarfsprognosen sind nach zwei unterschiedlichen Szenarien berechnet:

- Das Referenzszenario geht davon aus, dass sich die Auswirkungen der demographischen Alterung in einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer in Spitälern und Kliniken und in einer Verschiebung der Inanspruchnahme von Langzeitpflege in höhere Altersklassen auswirken. Der Bedarf nach Leistungen der Gesundheitsinstitutionen steigt weniger stark an als die demographische Alterung.
- Das Alternativszenario geht demgegenüber von einer unveränderten Hospitalisationsdauer und Inanspruchnahme der Leistungen in Alters- und Pflegeheimen aus. Der Bedarf nach Leistungen der Gesundheitsinstitutionen steigt proportional zur demographischen Alterung an.

Im Referenzszenario steigt der Personalbedarf bis im Jahr 2020 in Therapie und Pflege um rund 25'000 Personen an, im Alternativszenario sogar um 48'000 Personen. Daraus ergeben sich die folgenden Zuwachsraten von 2006 bis 2020:

Personalmehrbedarf 2020 gemäss Obsan-Studie	Zuwachsrate 2006 - 2020	
	Referenzszenario	Alternativszenario
Tertiäre Berufe	8.5%	21.3%
Sekundarstufe II	21.5%	31.0%
Assistenzstufe	26.6%	36.0%
Ungelernte	18.9%	28.7%
Mittelwert	15.5%	26.8%

Die Zuwachsraten entsprechen nicht dem Bedarf an beruflichem Nachwuchs. Zusätzlich müssen auch die aus dem Berufsleben austretenden Fachpersonen ersetzt werden. Dabei spielt die Berufsverweildauer eine wichtige Rolle. Dieser Faktor wird in der Obsan-Studie ausgeblendet. Weiter setzt die Obsan-Studie die folgenden Faktoren ausdrücklich konstant:

- den Beschäftigungsgrad,
- den Skill- und Grademix,

²⁷ Diese werden laufend nachgeführt. Die neuste Ausgabe sieht gegenüber den der Obsan-Studie zugrundeliegenden Daten bis zum Jahr 2020 einen weiter erhöhten Zuwachs der Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre vor.

- die Produktivität bzw. die Wirksamkeit,
- das Versorgungssystem, die Klientenlenkung und die Inanspruchnahme von Leistungen,
- die Epidemiologie,
- die soziodemographische Struktur.

Diese Faktoren werden sich im Lauf der nächsten zehn Jahre verändern und Einfluss auf den Nachwuchsbedarf haben. Der vorliegende Bericht setzt sich vertieft mit diesen Faktoren auseinander und diskutiert deren Auswirkung auf den Nachwuchsbedarf in Gesundheitsberufen.

5.2 Personalstruktur 2020

Aufgrund der heutigen Personalstruktur und der mit Hilfe der Prognosewerte des Obsan errechneten Zuwachsraten für die einzelnen Bildungsstufen lässt sich die Personalstruktur 2020 hochrechnen. Die lineare Hochrechnung pro Bildungsstufe ergibt das in der folgenden Tabelle festgehaltene Bild für die einzelnen Berufsgruppen. Diese Daten bilden die Grundlage für die Berechnung des Nachwuchsbedarfs in den Gesundheitsberufen in den Jahren 2007 bis 2020.

Personalstruktur SOLL im Jahr 2020 nach Qualifikationen gemäss Obsan-Studie	gemäss Referenzszenario	gemäss Alternativszenario	Zum Vergleich: Personalstruktur 2006
Therapeutische Berufe	6'144	6'867	5'663
Medizinisch-technische Berufe	9'740	10'886	8'977
Hebammen	1'987	2'220	1'831
Pflegeberuf auf Tertiärstufe	79'067	88'369	72'812
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	28'442	30'661	23'410
Pflege und Betreuung Assistenzstufe PA / EBA	20'000	21'494	15'800
Pflege- und Betreuungskurse	28'872	31'028	22'809
Ungelernte in Pflege und Betreuung	20'935	22'666	17'606
Total	195'187	214'192	168'908

5.3 Bedarf nach beruflichem Nachwuchs

Die Obsan-Studie wählt zur groben Einschätzung des Nachwuchsbedarfs bewusst einen einfachen Ansatz, indem sie zum benötigten Zuwachs an Personal die absehbaren Pensionierungen von 2007 bis 2020 addiert.²⁸

Dieser Ansatz „Pensionierung“ ist für die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs in Gesundheitsberufen unscharf. Massgebend ist vielmehr die durchschnittliche Berufsverweildauer der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen. Diese ist in keiner Statistik erhoben.

Gesundheitsberufe sind ausgeprägte Frauenberufe. Unregelmässige Arbeitszeiten und Nacht- und Wochenenddienste erschweren die Verbindung von Familien- und Berufsleben, zudem ist die Ver-

²⁸ Der Aspekt der Pensionierung wurde im working paper 1 „Ageing Workforce in an Ageing Society“ der Stiftung Careum vom August 2009 vertieft untersucht. Gemäss diesem Arbeitspapier werden bis 2020 jährlich rund 2% des Personals in nichtärztlichen Gesundheitsberufen infolge Pensionierung ausscheiden, von 2021 bis 2030 sollen es jährlich 2.6% sein. Diese tiefen Quoten zeigen, dass es nicht die Pensionierungen sind, die die Herausforderung „Sicherung des beruflichen Nachwuchses in Gesundheitsberufen“ ausmachen.

bindung von hoher Familienverantwortung und hoher Berufsverantwortung belastend. Ein temporärer Ausstieg aus dem Berufsleben während der Familienphase scheint die Regel zu sein. Für einen Teil der Pausierenden wird diese Berufspause gar zum definitiven Ausstieg aus den Gesundheitsberufen. Einige passen ihren Pensionierungszeitpunkt demjenigen ihres Partners an. Schliesslich übernehmen nicht wenige Betreuungs- und Pflegeaufgaben für ihre betagten Angehörigen und verzichten aus diesem Grund auf einen beruflichen Wiedereinstieg.

Alle diese Faktoren führen dazu, dass die mittlere Berufsverweildauer der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen begrenzt ist. Statistische Angaben dazu sind nicht verfügbar. Im Rahmen einer flächendeckenden Untersuchung im Kanton Bern wurde aber im Jahr 2001 die mittlere Berufserfahrung des Personals in Pflege und Betreuung erfragt. Diese lag höher als damals ursprünglich vermutet wurde, nämlich bei

- rund 14.5 Jahren beim Kaderpersonal Pflege und Betreuung;
- rund 13.5 Jahren beim diplomierten Pflegepersonal (Tertiärstufe);
- rund 12.5 Jahren beim Pflege- und Betreuungspersonal auf Sekundarstufe II;
- knapp 10 Jahren beim Assistenzpersonal.

Zur Ermittlung des Nachwuchsbedarfs haben wir zwei Modellrechnungen mit unterschiedlichen Annahmen zur mittleren Berufsverweildauer des Personals in Gesundheitsberufen erstellt. Diese liegt wohl höher als die im Kanton Bern gemessene mittlere Berufserfahrung – die meisten blieben ja auch nach dieser Messung noch berufstätig – offen ist aber, um wie viel höher sie ausfällt. Das erste Szenario geht von einer eher langen Berufsverweildauer aus. Im zweiten Szenario wurden die Berner Ergebnisse enger interpretiert. Konkret wurden die folgenden Annahmen getroffen:

Bildungsstufe	Szenario lange Berufsverweildauer	Szenario moderate Berufsverweildauer
Tertiäre Berufe (FH, HF und NAB-Diplome II und I)	20 Jahre	15 Jahre
Berufe auf Sekundarstufe II (EFZ und EBA)	15 Jahre	12.5 Jahre
Kurse in Pflege und Betreuung und Ungelernte	10 Jahre	10 Jahre

Mit Hilfe dieser Werte und unter Addition des Zuwachses, der sich aufgrund der beiden Obsan-Szenarien ergibt, haben wir Hochrechnungen zum jährlichen Nachwuchsbedarf vorgenommen. Daraus ergibt sich die folgende Datenmatrix:

Szenario Obsan \ Szenario Berufsverweildauer	Szenario lange Berufsverweildauer	Szenario moderate Berufsverweildauer
Referenzszenario	Ergebnis A	Ergebnis B
Alternativszenario	Ergebnis C	Ergebnis D

Die detaillierten Ergebnisse der Bedarfsberechnungen sind im Anhang 5 dokumentiert. Die Diskussion des Nachwuchsbedarfs mit vier unterschiedlichen Werten ist unübersichtlich. In der folgenden Tabelle werden darum nur die folgenden Angaben ausgewiesen:

- Der Mittelwert der beiden Ergebnisse A und B bildet den Leitwert der Diskussion.
- Ergebnis A bildet den unteren Grenzwert.
- Ergebnis B bildet den oberen Grenzwert.
- Ergebnisse C und D wurden nicht berücksichtigt. Die Zahlen hierzu sind jedoch im Anhang 5 dokumentiert.

Teil II : Einschätzung der Bedarfsentwicklung

Die folgende Übersicht bildet den jährlichen Nachwuchsbedarf, nach Berufsgruppen geordnet, in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex ab. Nicht berücksichtigt ist der Personalbedarf dieser Berufsgruppen im ambulanten Bereich ausserhalb der Spitex (Praxen und Institute), im Sozialbereich und in der Pharma, da hierzu keine Grundlagendaten greifbar sind.

Jährlicher Nachwuchsbedarf in den einzelnen Berufsgruppen in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex	Unterer Grenzwert	Mittelwert	Oberer Grenzwert
Therapeutische Berufe (ohne Hebammen)	318	365	412
Medizinisch-technische Berufe	503	578	653
Hebammen	99	104	120
Pflegeberuf auf Tertiärstufe	4'087	4'694	5'301
<i>Pflege und Betreuung Sek. II berufsverbleibend</i>	<i>1'920</i>	<i>2'076</i>	<i>2'232</i>
<i>Pflege und Betreuung Sek. II Zubringerfunktion</i>	<i>2'044</i>	<i>2'347</i>	<i>2'650</i>
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II total	3'964	4'423	4'883
Pflege und Betreuung Assistenzstufe PA / EBA	1'353	1'459	1'564
Total Personen mit Berufsausbildung	10'323	11'619	12'933
Pflege- und Betreuungskurse	2'714	2'791	2'868
Ungelernte in Pflege und Betreuung	1'998	2'060	2'122
Total Personen An- und Ungelernte	4'712	4'851	4'990

5.4 Nachwuchsbedarf und Ausbildungsleistung nach Berufsgruppen

Das Ergebnis der Modellrechnung ist beeindruckend. Der Handlungsbedarf wird aber erst ersichtlich, wenn die jährlichen Bedarfszahlen der jährlichen Ausbildungsleistung von Praxis und Bildungsanbietern gegenübergestellt werden:

Vergleich des Nachwuchsbedarfs in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex mit der Ausbildungsleistung	Jährlicher Nachwuchsbedarf Mittelwert	ausgestellte Diplome 2008	ausgestellte Diplome im Mittel 2000 bis 2009	Differenz Bedarf und Mittelwert der ausgestellten Diplome
Therapeutische Berufe (ohne Hebammen)	365	510	449	84
Medizinisch-technische Berufe	578	387 ²⁹	433	-145
Hebammen	104	111	104	0
Pflegeberuf auf Tertiärstufe	4'694	2'115	2'279	-2'415
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II (inkl. Zubringerfunktion für Pflegeausbildung auf Tertiärstufe)	4'423	2'320 ³⁰	(Im Jahr 2008 total 2'320 Abschlüsse; FaGe im Aufbau)	(im Jahr 2008 -2'103 Abschlüsse)
Pflege und Betreuung Assistenzstufe PA / EBA	1'459	748	1'021	-438
Pflege- und Betreuungskurse	2'791	ca. 3'200	k.A.	ca. +409
Total (ohne Nachwuchsbedarf der privaten Labors, Institute und Praxen)	14'414	9'806		-4'617

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Situation prekär ist. Die Differenz zwischen Bedarf und Angebot dürfte faktisch noch höher sein: Der Nachwuchsbedarf der privaten Labors, Institute und Praxen ist aufgrund der fehlenden statistischen Grundlagen hier nicht abgebildet. Berücksichtigt man diesen Faktor, zeichnet sich auf allen Ebenen ein Mangel an beruflichem Nachwuchs ab. Dieses Bild bestätigt die Aussagen der Praxis zur heutigen Rekrutierungssituation, die sich durch die aufgezeigte Entwicklung von Demographie und Bedarf noch erheblich verschärfen dürfte. Die Ergebnisse in der Tabelle sind im Folgenden für die einzelnen Berufsgruppen kommentiert.

5.4.1 Pflegeberuf auf Tertiärstufe

Aufgrund der Zahlen und der Rückmeldungen aus dem Arbeitsmarkt ist die Situation für den Pflegeberuf auf Tertiärstufe bereits heute kritisch. Die Ausbildungsleistung deckt im Mittel der Jahre 2000 bis 2009 knapp die Hälfte des Nachwuchsbedarfs. Die Rekrutierungssituation für tertiäres Pflegepersonal wird sich ohne geeignete und rasch eingeleitete Massnahmen in den kommenden Jahren erheblich verschärfen.

²⁹ Im Jahr 2008 zusätzlich 48 Weiterbildungsabschlüsse zur Operationsschwester.

³⁰ Auf Sekundarstufe II wurden im Jahr 2008 auch 898 EFZ Medizinische Praxisassistentin erteilt. Medizinische Praxisassistentinnen sind entsprechend ihrer Ausbildung vorwiegend in Praxen und Instituten tätig. Sie werden darum bei der Ermittlung der Versorgungslücke in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex nicht berücksichtigt.

5.4.2 Berufe in Pflege und Betreuung auf Sekundarstufe II

Die heutige Ausbildungsleistung der Betriebe des Gesundheitswesens reicht gerade aus, um den Bedarf nach berufsverbleibenden FaGe und FaBe abzudecken. Die Zubringerfunktion für die tertiären Pflegeberufsausbildungen wird aber nicht sichergestellt. Insgesamt deckte die Ausbildungsleistung in den Pflege- und Betreuungsberufen auf Sekundarstufe II im Jahr 2008 gerade 53% des Nachwuchsbedarfs.

Die Perspektiven versprechen eine leichte Besserung. Im Jahr 2008 wurden bereits rund 3'100 neue Lehrverträge für Berufe in Pflege und Betreuung mit EFZ abgeschlossen. Auch dieser Wert liegt aber noch weit unterhalb des Zielwertes von 4'423 EFZ pro Jahr. Angesichts der rückläufigen Zahl der Schulabgängerinnen werden grosse Anstrengungen erforderlich sein, um den Zielwert zu erreichen.

In den obigen Zahlen ist nur die halbe Zubringerfunktion für die tertiären Pflegeberufe eingerechnet. Die weiteren 50% dieser Zubringerfunktion, dies sind jährlich weitere rund 2'350 Personen (Mittelwert) müssen durch andere Zubringerausbildungen auf Sekundarstufe II (vorab FMS) erbracht oder durch die Gewinnung von Wiedereinsteigenden und Quereinsteigenden sowie durch Massnahmen zur Verlängerung der Berufsverweildauer des ausgebildeten Personals kompensiert werden.

5.4.3 Berufe in Pflege und Betreuung auf Assistenzstufe (PA / EBA)

Im Mittel der Jahre 2000 bis 2008 wurden jährlich 1'021 PA-Ausweise ausgestellt. Diese Zahl liegt unter dem Soll-Wert für die Jahre 2010 bis 2020 von 1'460 Abschlüssen pro Jahr. Bei dieser Gegenüberstellung ist zu berücksichtigen, dass die PA-Ausbildung ausläuft und durch die Attest-Ausbildung ersetzt werden wird.³¹

Der Soll-Wert auf Assistenzstufe wurde aufgrund der Daten der PA-Ausbildung berechnet. PA werden heute in der Spitex kaum eingesetzt. Die Attest-Ausbildung Gesundheit-Soziales wird nun so gestaltet, dass Inhaberinnen dieses EBA auch in der Spitex eingesetzt werden können. Unter dieser Betrachtung muss der Soll-Wert für die Entwicklung der Abschlusszahlen heraufgesetzt werden.

Auf Assistenzstufe wird zurzeit eine neue Attest-Ausbildung Gesundheit-Soziales erarbeitet, die 2012 in Kraft treten soll. Die ersten Berufsatteste werden somit im Jahr 2014 ausgestellt werden. Im Übergang wird eine Versorgungslücke entstehen. Es wird grosser Anstrengungen bedürfen, um die aus der Modellrechnung resultierende Zahl von Attest-Lernenden gewinnen und ausbilden zu können.

5.4.4 Therapeutische Berufe

Auf den ersten Blick scheint bei den therapeutischen Berufen eine Überversorgung zu bestehen. Dieser Eindruck täuscht jedoch. Das Zahlstellenregister von Santéuisse weist über 6'000 ambulante Therapiepraxen in den betrachteten Fachrichtungen aus, die mindestens eine und oft mehrere Personen beschäftigen.

³¹ Die letzten PA-Ausweise werden im Jahr 2012 ausgestellt.

Die Zahl der in der ambulanten Praxis tätigen Therapeutinnen übersteigt somit diejenige in den Institutionen. In dieser Gesamtsicht ergibt sich somit auch für diese Berufsgruppe ein erheblicher Mangel.

5.4.5 Medizinisch-technische Berufe

Mitarbeitende der medizinisch-technischen Berufe sind nicht nur in den hier erfassten Institutionen, sondern auch in privaten Labors sowie in privaten radiologischen Instituten und Praxen tätig. Für die medizinisch-technischen Berufe zeigt die Modellrechnung somit einen ausgesprochenen Mangel.

Bei den Hebammen müssen zusätzlich zu den in den Spitälern tätigen Hebammen die im Zahlstellenregister von Santésuisse erfassten knapp 1'000 Hebammen-Praxen berücksichtigt werden. Auch hier besteht ein leichter Aufholbedarf.

5.5 Nachwuchsbedarf nach Versorgungsbereichen

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich der Nachwuchsbedarf auf die drei Versorgungsbereiche Spitäler, Heime und Spitex verteilt. Die Berechnung basiert auf den Hochrechnungen des Obsan zur Personalstruktur 2020 (siehe Kapitel 5.2).³² Diese ergeben den folgenden Zusatzbedarf nach Personal von 2006 bis 2020 für die drei Versorgungsbereiche:

Versorgungsbereich	Zusatzbedarf nach Personal 2006 bis 2020	
	Referenzszenario	Alternativszenario
Spitäler und Kliniken	plus 2.8%	plus 17.0%
Alters- und Pflegeheime	plus 34.1%	plus 44.9%
Spitex	plus 20.4%	plus 22.0%

Aufgrund dieser Angaben wurde ein Mittelwert in der gleichen Weise berechnet, wie sie bei der Berechnung des gesamten Nachwuchsbedarfs angewandt wurde (siehe Kapitel 5.3). Dieser Mittelwert bildet eine Projektion der heutigen Verhältnisse in die Zukunft ab, unabhängig von den künftigen Versorgungsstrategien. Die kantonalen Versorgungsstrategien haben einen erheblichen Einfluss auf die Verteilung des Zusatzbedarfs auf die drei Versorgungsbereiche, namentlich bezüglich der Aufgabenteilung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten, sowohl in der Akutversorgung als auch in der Langzeitpflege.

Jährlicher Nachwuchsbedarf nach Versorgungsbereich, Mittelwert	Spitäler	Heime	Spitex
Therapeutische Berufe	300	65	0

³² Kurz zusammengefasst:

- Referenzszenario: Verkürzung der Aufenthaltsdauer in Spitälern und Kliniken, Verschiebung der Inanspruchnahme von Langzeitpflege in höhere Altersklassen, der Bedarf nach Leistungen der Gesundheitsinstitutionen steigt weniger stark an als die demographische Alterung.
- Alternativszenario: Unveränderte Hospitalisationsdauer und Inanspruchnahme der Leistungen in Alters- und Pflegeheimen. Der Bedarf nach Leistungen der Gesundheitsinstitutionen steigt proportional zur demographischen Alterung an.

Teil II : Einschätzung der Bedarfsentwicklung

Medizinisch-technische Berufe	578	0	0
Hebammen	104	0	0
Pflegeberuf auf Tertiärstufe	3'305	908	481
<i>Pflege und Betreuung Sek. II berufsverbleibend</i>	<i>672</i>	<i>914</i>	<i>491</i>
<i>Pflege und Betreuung Sek. II Zubringerfunktion</i>	<i>1'653</i>	<i>454</i>	<i>240</i>
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II total	2'325	1'367	731
Pflege und Betreuung Assistenzstufe PA / EBA	734	725	<i>offen</i>
Total Personen mit Berufsausbildung	7'346	3'065	<i>offen</i>
Pflege- und Betreuungskurse	28	1'810	<i>offen</i>
Ungelernte in Pflege und Betreuung	815	772	<i>offen</i>
Total Personen	843	2'582	<i>offen</i>

Die Übersicht zeigt, dass gut 63% des gesamten Nachwuchsbedarfs in nichtärztlichen Gesundheitsberufen (Personen mit Berufsausbildung) in den Akutspitälern anfällt. Auf die Alters- und Pflegeheime entfallen gut 26% des Nachwuchsbedarfs, auf die Spitex knapp 11%. Es ist anzunehmen, dass die Dynamik der Spitex in der Obsan-Studie unterschätzt wird und dass hier erheblich grössere Anstrengungen in der Sicherstellung von beruflichem Nachwuchs zu leisten sind.

Die Verteilung nach Berufsgruppen und Qualifikation ergibt ein differenzierteres Bild:

- Der Nachwuchsbedarf im Pflegeberuf auf Tertiärstufe verteilt sich zu 70% auf den Akutbereich, zu 20% auf die Heime und zu 10% auf die Spitex.
- Der Nachwuchsbedarf in Berufen in Pflege und Betreuung auf Sekundarstufe II verteilt sich zu 52% auf den Akutbereich, zu 31% auf die Heime und zu 17% auf die Spitex.
- Eine Aussage zur Verteilung des Nachwuchsbedarfs in Assistenzberufen und nach Mitarbeitenden ohne Berufsabschluss ist schwierig. Im Gegensatz zur Pflegeassistenz, die bisher in der Spitex kaum eingesetzt wurde, soll die Attestausbildung Gesundheit-Soziales auch auf den Einsatz in der Spitex ausgerichtet werden. Dies wird für die Spitex zu einer Umverteilung in den Gruppen Assistenzberufe, Pflege- und Betreuungskurse und Ungelernte führen.

Das Ausbildungspotential der einzelnen Betriebe und der verschiedenen Versorgungsbereiche ist unterschiedlich gelagert und unterschiedlich gross. Nachwuchsbedarf und Ausbildungspotential sind nicht deckungsgleich. Die Ausbildung in Gesundheitsberufen muss darum als Solidaraufgabe der ganzen Branche begriffen und umgesetzt werden (vgl. Kapitel 6.2.1).

5.6 Nachwuchsbedarf nach Kantonen

Vollständige Ist-Zahlen zum Personalbestand in den einzelnen Kantonen sind aus der Bundesstatistik nicht herauszulesen.

Ohne verlässliche Ist-Zahlen sind auch keine Hochrechnungen zum Nachwuchsbedarf möglich. Es sind aber nicht nur die fehlenden Datengrundlagen, die uns veranlassen, von einer Hochrechnung des Nachwuchsbedarfs auf Stufe der Kantone abzusehen. Hierbei müssten weitere kantonsspezifische Parameter beachtet werden, wie beispielsweise die Versorgungsstrategie (Rolle der Spitäler, Heime und der Spitex, interkantonale Zusammenarbeit in der Versorgung etc.), die demographische Entwicklung oder die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen.

Anstelle einer Hochrechnung des Nachwuchsbedarfs auf Stufe der Kantone enthält der Bericht im Anhang 6 eine Arbeitshilfe, welche die individuelle Hochrechnung durch die Betriebe und Kantone unterstützt.

5.7 Intervenierende Faktoren

5.7.1 Beschäftigungsgrad der Mitarbeitenden

Die folgende Übersicht zeigt die in der Obsan-Studie zusammengetragenen Daten zum mittleren Beschäftigungsgrad der Mitarbeitenden in den Gesundheitsberufen.

Mittlerer Beschäftigungsgrad des Personals der Gesundheitsinstitutionen nach Qualifikation im Jahr 2006	Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitex
Pflege tertiär	76.5%	73.1%	46.6%
Therapie tertiär	76.0%	50.8%	-
Medizinisch-technische Berufe tertiär	79.2%	-	-
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	76.1%	64.2%	50.4%
Medizinaltechnik Sekundarstufe II	73.4%	-	-
Assistenzstufe	76.1%	70.5%	38.9%
Ungelernte	78.2%	69.4%	21.4%

Quelle: Arbeitsdokument 35 Obsan, basierend auf den Statistiken des BFS.

Es gibt keine Anhaltspunkte, die zuverlässige Prognosen zur Entwicklung des Beschäftigungsgrades erlauben. Dieser liegt heute in den meisten Institutionen und Berufsfeldern trotz des hohen Frauenanteils mit Doppelbelastung Familie – Beruf vergleichsweise hoch. Weitere Erhöhungen bedürfen geeigneter Massnahmen. Die aktuelle konjunkturelle Lage kann für eine Erhöhung förderlich sein. Bei konjunktureller Stärkung wären dann allerdings entgegengesetzte Bewegungen zu erwarten.

Ein leichtes Steigerungspotential weisen die Pflege- und Betreuungsberufe auf Sekundarstufe II in Alters- und Pflegeheimen auf.

Die Zahlen zeigen für die Spitex scheinbar erhebliches Aufholpotential. Geographie, Versorgungsdichte und Nachfrageschwankungen setzen Optimierungen aber klare Grenzen. Eine Annäherung an den mittleren Beschäftigungsgrad des stationären Bereichs wird nicht möglich sein. Verbesserungen sind jedoch möglich. Aufholpotential haben insbesondere die Spitex-Dienste in der Deutschschweiz, die im Jahr 2006 mit 36.4% einen wesentlich tieferen mittleren Beschäftigungsgrad aufwiesen als diejenigen der lateinischsprachigen Schweiz (51.3%). Diese Unterschiede zwischen den Landesteilen gelten für alle Qualifikationsstufen in vergleichbarem Mass.

5.7.2 Berufsverweildauer

Die heutige mittlere Berufsverweildauer der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen ist nicht bekannt. In Kapitel 5.3 haben wir versucht, eine Einschätzung vorzunehmen. Diese Einschätzung ist allerdings mit Unsicherheiten verbunden.

Die Berufsverweildauer hat erheblichen Einfluss auf den Bedarf nach beruflichem Nachwuchs. Gelingt es, die mittlere Berufsverweildauer um ein Jahr zu verlängern, reduziert sich der jährliche Nachwuchsbedarf um rund 5%. Das Gleiche gilt allerdings auch in umgekehrter Richtung: Eine Reduktion der mittleren Berufsverweildauer gegenüber den Modellannahmen um ein Jahr erhöht den jährlichen Nachwuchsbedarf um 5%.

5.7.3 Produktivität und Wirksamkeit

Die Produktivität des Personals in Gesundheitsberufen wird in der Obsan-Studie fix gesetzt, wobei der Begriff der Produktivität durch das Autorenteam des Berichts in Frage gestellt wird. An seiner Stelle wird hier darum der Begriff der Wirksamkeit der Leistungen des Personals in Gesundheitsberufen verwendet. Verschiedene Faktoren können diese Wirksamkeit, d.h. das Verhältnis zwischen der erzielten Wirkung und dem damit verbundenen Ressourceneinsatz, verändern:

- Durch eine bessere Organisation der Prozesse, bessere technische Hilfsmittel und neue Medikamente kann mit gleichen Ressourcen mehr Wirkung erzielt werden.
- Mehr Wirkung kann ebenfalls durch die optimale Nutzung der Kompetenzen der Mitarbeitenden erzielt werden (vgl. Kapitel 5.7.4).
- Neue Techniken, neue Behandlungsformen und die medizinaltechnische Entwicklung können Produktivität und/oder Wirksamkeit des Personals erhöhen, sie können aber auch neue Einsatzfelder erschliessen und dadurch Mehraufwand verursachen.
- Steigende administrative Aufwendungen binden zusätzliche Ressourcen und senken die Wirksamkeit des Gesundheitspersonals in ihren Kernaufgaben. Das Gleiche gilt für dauernde Überlastungserscheinungen, die bis hin zum Burn-Out gehen können.
- Produktivitätssteigerungen sind durch eine Senkung von Fluktuationsrate und Absenzen erzielbar.
- Entscheidend für die Veränderung der Wirksamkeit ist ebenso, ob die erzielte Wirkung auch der von den Klientinnen gewünschten Wirkung entspricht. Damit ist das Anspruchsverhalten der Klientinnen angesprochen. Bisher galt für die Entwicklung des medizinisch-pflegerischen Angebots die Regel, dass das Erhältliche auch zum Gewünschten wurde. Veränderungen in der Anspruchshaltung der Klientinnen können einen erheblichen Einfluss auf die gewünschte Wirkung und den damit verbundenen Bedarf nach Leistungen haben.

5.7.4 Skill- und Grademix der Mitarbeitenden

Aufgrund der hier erläuterten Perspektiven stellt sich weniger die Frage, ob Verschiebungen des Skill- und Grademix erfolgen werden, sondern vielmehr, wann und in welcher Form – geplant oder der dringenden Not gehorchend – sie erfolgen werden. Die Möglichkeiten in der Verschiebung des Skill- und Grademix werden in den verschiedenen Institutionstypen unterschiedlich sein. Das Potential dieser Massnahme muss noch detailliert ausgelotet werden.

Zur Illustration sei jedoch erwähnt, dass sich die Versorgungssituation insbesondere bei den tertiären Pflegeberufen in eine sehr kritische Richtung entwickeln dürfte und der Anteil der Diplompflege (Tertiär Pflege) damit gezwungenermassen abnehmen wird. Dies wird durch die Modellrechnungen zu den Bedarfszahlen in Kapitel 5.3 aufgezeigt. Die beiden folgenden Faktoren dürften die Situation weiter anspannen:

- Die Rekrutierungssituation für diplomiertes Pflegepersonal wird sich auch im benachbarten Ausland weiter anspannen. Auslandsrekrutierungen im heutigen Ausmass dürften damit schwieriger werden. Einzelne Grenzkantone setzen sich bereits heute damit auseinander, dass der Zustrom von ausländischem Personal in den Arbeitsmarkt abnehmen wird.
- Die zukünftige Versorgung mit hausärztlichen Leistungen ist in Frage gestellt. Das Obsan-Arbeitsdokument 33 stellt hierzu eindrückliche Informationen zur Verfügung.³³ Als Lösungsansatz wird der vermehrte Einsatz diplomierter Pflegefachfrauen zur Entlastung der Hausärzte diskutiert. Sollten solche Modelle mit Erfolg umgesetzt werden, wird dies den Rekrutierungsdruck in den Institutionen weiter steigern.

Die Zusammensetzung des Personals nach Qualifikationen in den Gesundheitsinstitutionen ist in der folgenden Tabelle dokumentiert (Stand 2006):

Ausbildungsstufe / Berufsfeld	Spitäler	Alters- und Pflegeheime	Spitex
Tertiär Pflege	59.4%	25.8%	30.0%
Tertiär Therapie	5.2%	1.8%	-
Tertiär Medizinisch-technische Berufe	10.2%	-	-
Sekundarstufe II	8.5%	18.9%	22.3%
Assistenzstufe	9.1%	41.5%	31.4%
Ungelernte	7.6%	12.1%	16.3%
Alle Qualifikationen	100%	100%	100%

Quelle: Arbeitsdokument 35 Obsan, basierend auf den Statistiken des BFS.

5.7.5 Epidemiologie

Die Obsan-Studie berücksichtigt die Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Pflege- und Betreuungsbedarf in den Gesundheitsinstitutionen und bildet diese im Referenz- und im Alternativszenario ab. Darüber hinaus werden keine weiteren Veränderungen der Epidemiologie angenommen.

Im Bereich der Epidemiologie gibt es zahlreiche prognostische Untersuchungen. Diese beziehen sich in der Regel aber auf ausgewählte Themenbereiche oder Krankheitsbilder und nehmen keine Gesamtbilanz vor. Unbestritten ist, dass die Zahl der chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und damit die Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmen werden. Uns ist jedoch keine unter medizinischen Experten konsolidierte Gesamtsicht zur epidemiologischen Entwicklung bekannt, welche klare Trendaussagen zur Entwicklung des Bedarfs nach Gesundheitsleistungen ermöglichen würde. Präventive Massnahmen dürften zunehmend an Bedeutung gewinnen und den Pflegebedarf, weniger aber den Bedarf nach Pflegepersonal, senken.

Eine Gesamtsicht strebt der Nationale Gesundheitsbericht 2008 des Obsan an.³⁴ Bezüglich der epidemiologischen Entwicklung konzentriert sich dieser Bericht auf die wichtigsten heutigen Krankheitsbilder und Herausforderungen: Herzkreislauf-Krankheiten (koronare Herzkrankheit und

³³ Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz - Prognosen bis zum Jahr 2030, Arbeitsdokument 33, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Juli 2008.

³⁴ Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), November 2008.

Hirnschlag), Krebserkrankungen, neue infektiöse Bedrohungen, psychische Gesundheitsprobleme sowie Unfälle und ihre gesellschaftlichen Folgen. Er nimmt aber keine Gesamtbetrachtung vor.

Im Übrigen konzentriert sich der Bericht stark auf das Konzept der Gesundheitsdeterminanten und untersucht den Einfluss von sozioökonomischen Bedingungen, Bildung und Umwelt auf die Gesundheit der Bevölkerung. Das Obsan kommt zum Schluss, dass die Entwicklung der Gesundheitsdeterminanten einen wesentlichen Einfluss auf die epidemiologische Entwicklung hat.

Der Bericht des Obsan verzichtet auf ein Fazit zur epidemiologischen Entwicklung zugunsten der Forderung nach einer multisektoriellen Gesundheitspolitik, die auch andere Politikbereiche in ihren Dienst zu stellen vermag.

5.7.6 Steuerung, Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen

Steuerung und Finanzierung der Versorgungsleistungen sind im Wandel begriffen. Im Spitalbereich löst die Leistungssteuerung die Institutionensteuerung ab, in einigen Kantonen ist dieser Schritt bereits vollzogen. Dadurch entstehen neue Anreizsysteme, die neue Angebotsformen wie Gesundheitszentren oder spitalexterne Einrichtungen für einfache Notfälle fördern.

Im Bereich Alter löst die Subjektfinanzierung die Institutionenfinanzierung ab. Die Bemühungen verschiedener Kantone zielen darauf ab, neue Betreuungsformen wie das begleitete Wohnen/Wohnen mit Dienstleistungen auch wirtschaftlich Schwächeren zugänglich zu machen und so Heimaufenthalte zu substituieren. Die Rolle der Spitex wird in den Versorgungsplanungen der Kantone in der Regel gestärkt, von einem weiteren Ausbau des stationären Bereichs wird hingegen abgesehen.

Ziel dieser Entwicklungen ist es einerseits, den Klientinnen eine möglichst bedarfsgerechte und gleichzeitig möglichst schlanke Versorgung anbieten zu können, und andererseits durch die Subjektfinanzierung eine Lenkung zu einem möglichst „schlanken“ Nachfrageverhalten sicherzustellen.

Die Entwicklung der Steuerung und Finanzierung wird zu einer veränderten Inanspruchnahme medizinischer, pflegerischer und betreuender Leistungen durch die Bevölkerung führen. Eine Trendaussage zu deren Auswirkungen auf den Bedarf nach Personal in Gesundheitsberufen ist aber nicht möglich.

5.7.7 Soziodemographische Perspektiven

Die soziodemographischen Perspektiven lassen eine weitere Zunahme der Einpersonenhaushalte und weitere Einschränkungen der Tragfähigkeit der sozialen Netze und Hilfssysteme erwarten. Diese Aussichten weisen auf eine Erhöhung des Hilfebedarfs hin.

Aufgrund der grösser werdenden Lücke zwischen Personalbedarf und -angebot wird es unumgänglich werden, den Zuwachs an Mehrarbeit für Professionelle beispielsweise durch die Förderung der Angehörigen- und Nachbarschaftshilfe zu begrenzen. Der Bedarf an professioneller Pflege und Betreuung kann aber selbstverständlich nicht durch Laienarbeit substituiert werden. Gleichzeitig sollte dem Gesundheitssystem durch diese Förderung nicht weiteres Fachpersonal entzogen werden.

5.8 Fazit

Die Frage, ob das Gesundheitswesen über genügend Personal verfügt und wie gut dieses qualifiziert ist, ist eine der zentralen Fragen zur Zukunft des Gesundheitswesens. Sie wird in der Gesundheitspolitik einen entsprechend hohen Stellenwert einnehmen. Der Blick auf den Nachwuchsbedarf und die Ausbildungszahlen alarmiert. Die Zahl der Abschlüsse liegt massiv unter dem Bedarf. Im Bereich Pflege und Betreuung ist das Defizit besonders gross. Dort wird nur die Hälfte des benötigten Nachwuchses ausgebildet. Der Mangel bei der Pflegeausbildung auf Stufe Höhere Fachschule wird in den kommenden Jahren besonders deutlich spürbar sein, weil ab 2010 keine Absolventinnen von DN II-Bildungsgängen mehr in den Arbeitsmarkt eintreten werden. Prekär ist die Situation auch bei den Spezialisierungen im Pflegebereich, etwa in der Anästhesie-, Intensiv- und Operationspflege. Aber auch bei den medizinisch-technischen Berufen besteht ein Mangel an qualifiziertem Personal. Heute ist dies bereits bei der Biomedizinischen Analytik und teilweise in der medizinisch-technischen Radiologie spürbar.

Die Einschätzung des Bedarfs nach Personal in Gesundheitsberufen ist mit zahlreichen intervenierenden Faktoren verbunden, deren Entwicklung nicht verlässlich prognostiziert und quantifiziert werden kann. Die Bedarfseinschätzung in Kapitel 5.4 ist dementsprechend mit Unsicherheiten behaftet. Für eine bessere Absicherung der Einschätzung ist ein Indikatorensystem zu entwickeln. Vorschläge dazu werden im Teil IV formuliert.

Unabhängig von diesen Unsicherheiten wird aus der Analyse aber klar, dass die Sicherstellung einer genügenden Anzahl von qualifizierten Mitarbeitenden in Berufen des Gesundheitswesens eine grosse Herausforderung darstellt, die nur dann bestanden werden kann, wenn die im folgenden Berichtsteil aufgezeigten Optimierungsmöglichkeiten konsequent und rasch genutzt werden.

Schliesslich beleuchtet der vorliegende Bericht die gesamtschweizerische Situation. Diese wird in den einzelnen Kantonen Differenzierungen zeigen, welche aus Gründen der Übersichtlichkeit und der fehlenden Datenkenntnis in diesem Bericht allerdings nicht detailliert analysiert werden können. Das Instrument im Anhang 6 gibt Hinweise dazu, wie betriebliche und kantonale Szenarien ermittelt werden können.

Teil III : Handlungsbedarf

6 Handlungsebenen und Handlungsbedarf

Die Steuergruppe hat bezüglich der Personalsicherung die folgenden Handlungsebenen definiert:

- Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials für Gesundheitsberufe
- Ausschöpfung des Ausbildungspotentials der Praxis
- Optimierter Einsatz des bestehenden Personals
- Personalerhaltung

Die Handlungsmöglichkeiten und der Handlungsbedarf auf diesen vier Ebenen werden im nachfolgenden Kapitel dargestellt. Im Kapitel 6.5 wird ein Fazit gezogen und eine Prioritätensetzung unter den Handlungsmöglichkeiten vorgenommen.

6.1 Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials für Gesundheitsberufe

Auf der Handlungsebene „Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials für Gesundheitsberufe“ stehen die folgenden Massnahmen zur Verfügung:

6.1.1 Berufskommunikation

Durch eine aktive Berufskommunikation, die Information und Werbung umfasst, sollen alle möglichen Zielgruppen (Jugendliche und junge Erwachsene, Wiedereinsteigende, Quereinsteigende) angesprochen werden. Das Projekt zur Dachkommunikation der OdASanté läuft bereits, zahlreiche kantonale OdA sind bereits seit längerer Zeit aktiv, auch kantonale Behörden sind teilweise selber aktiv, teilweise unterstützen sie Massnahmen der Berufsinformation durch finanzielle Beiträge.

6.1.2 Einblick in die Welt der Gesundheitsberufe

Interessentinnen für Gesundheitsberufe müssen geeignete Möglichkeiten haben, Einblicke in die Welt der Gesundheitsberufe zu gewinnen. Dazu gehören Schnupperangebote, Berufswahlpraktika, Einblickstage für bestimmte Zielgruppen, Tage der offenen Tür und vergleichbare Angebote.

Viele Betriebe bieten solche Einblicksmöglichkeiten an. Diese sind in der Regel unter den Betrieben nicht koordiniert, die Durchführung ist dadurch relativ aufwendig und für Interessentinnen ist es schwierig, einen Überblick über die Angebote zu gewinnen. Durch eine EDV-gestützte interaktive Plattform könnte für Interessierte der Zugang zu Informationen und Angeboten und für die Betriebe die Koordination von Angeboten wesentlich erleichtert werden.

Das Anbieten von Einblicksmöglichkeiten ist Sache der Betriebe. Sie können ihr Potential an Angeboten durch eine betriebsübergreifende Zusammenarbeit steigern und dadurch Ressourcen für andere Ausbildungsaufgaben freisetzen.

Eine finanzielle Unterstützung dieser vorgelagerten Bildungsleistungen durch die Kantone ist zu prüfen. Der Kanton Bern finanziert beispielsweise den Aufbau einer web-basierten interaktiven Plattform, welche interessierte Jugendliche und die anbietenden Betriebe zusammenbringt.

6.1.3 Erleichterung des Wiedereinstiegs

Zu den Massnahmen zur Erleichterung des Wiedereinstiegs gehören vorab Bildungsangebote für Wiedereinsteigende auf allen Qualifikationsstufen. Diese Bildungsangebote müssen den Transfer zwischen schulischer Bildung und praktischer Anwendung gewährleisten und sollen so ausgelegt sein, dass sie den Wiedereinsteigenden vorbehalten bleiben und nicht von bereits Berufstätigen als Weiterbildungsangebote genutzt werden.

Mit der Schaffung geeigneter Bildungsangebote sind die einerseits die Bildungsanbieter, vorab aber auch die Praxis als Kenner des Bedarfs und als Mitentwickler der Bildungsangebote angesprochen.

Gut ausgebaute Massnahmen zur Personalerhaltung (siehe Kapitel 6.4) attraktivieren und erleichtern auch den Wiedereinstieg in den Beruf.

6.1.4 Gewinnen von Quereinsteigenden

Quereinsteigende sollen und können auf allen Bildungsstufen gewonnen werden. Dies setzt entsprechende Ausbildungsangebote voraus. Diese müssen zeitlich und inhaltlich attraktiv sein. Sie sollen in angemessener Zeit zum Ziel führen, inhaltlich müssen sie berücksichtigen, dass Umsteigende in formalisierten Ausbildungen bereits eine Sozialisation in der Berufswelt mitbringen, in der Regel gefestigte Persönlichkeiten und mit dem Transferlernen vertraut sind.

Ausbildungen für Quereinsteigende müssen das wirtschaftliche Überleben der Auszubildenden gewährleisten. Dies setzt einen erhöhten, auf die Situation der Quereinsteigenden zugeschnittenen Studierendenlohn oder berufsbegleitende Ausbildungen, kombiniert mit der Anstellung der Studierenden durch einen Betrieb, voraus. Entsprechende Konzepte sind durch die Branche und die Kantone gemeinsam zu erarbeiten und soweit erforderlich durch die Kantone finanziell zu unterstützen.

Als Fördermassnahme ist auch der Verzicht auf Semestergebühren für Quereinsteigende für Ausbildungen im Schulprinzip oder deren Übernahme durch die Arbeitgeber für Ausbildungen im Lehrortsprinzip zu prüfen.

6.1.5 Nicht formalisierte Einstiege in das Gesundheitswesen

Neben Wiedereinsteigenden und Quereinsteigenden in formalisierte Ausbildungen sollen auch Interessentinnen, die nach Abschluss der Familienphase auf einfachem Weg ohne formalisierte Bildung (wieder) eine Berufstätigkeit aufnehmen möchten, erreicht werden.

Angebote wie der Pflegehelferinnenkurs des SRK erhöhen die Nutzung dieses Potentials derjenigen, die einen raschen und unkomplizierten Zugang zur Berufstätigkeit suchen. Nach einmal erfolgreichem Einstieg in den Beruf stehen verschiedene Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung offen.

6.1.6 Rekrutierung im Ausland

Immer wieder wird eine noch stärkere Rekrutierung von qualifiziertem Personal in Gesundheitsberufen im Ausland als Lösung vorgeschlagen. Personalengpässe sind jedoch keine schweizerische Eigenheit, das benachbarte Ausland ist ebenso stark wenn nicht noch stärker von Versorgungsengpässen betroffen.

Der Einsatz von Fachpersonal aus den Nachbarländern ist unter diesem Aspekt bedenklich: Die Versorgungsengpässe in den Nachbarländern werden wiederum mit der Rekrutierung von Personal aus Ländern mit noch tieferem Lohnniveau kompensiert. Zudem ist das Abstützen auf die Auslandsrekrutierung mit grossen Unsicherheiten verbunden. Falls das Lohngefälle zwischen ausländischen und schweizerischen Löhnen abnehmen sollte, dürfte die Auslandsrekrutierung schwieriger werden.

Was die Rekrutierung von ausländischem Personal betrifft, so sind ausserdem die kulturellen und sprachlichen Schwierigkeiten innerhalb der behandelnden Teams sowie zwischen Personal und Patient zu bedenken. Die Abwerbung von ausgebildetem Personal im Ausland ist darum einerseits ethisch fragwürdig und andererseits auch nicht nachhaltig. Die Massnahme wird darum nicht weiter geprüft.

6.2 Ausschöpfung des Ausbildungspotentials der Praxis

Auf der Handlungsebene „Ausschöpfung des Ausbildungspotentials der Praxis“ stehen insbesondere die folgenden Massnahmen zur Verfügung:

6.2.1 Analyse des betrieblichen Ausbildungspotentials

Die Betriebe können ihr Potential für die praktische Ausbildung nur dann ausschöpfen, wenn es ihnen bekannt ist. Die Analyse des betrieblichen Potentials für die praktische Ausbildung in Gesundheitsberufen durch die einzelnen Betriebe bildet darum einen ersten Schritt in Richtung Optimierung der Strukturen.

Das Ausbildungspotential der einzelnen Betriebe und der verschiedenen Versorgungsbereiche ist unterschiedlich gelagert und unterschiedlich gross. In Bezug auf die Nachwuchssicherung bildet die Branche Gesundheitswesen eine Schicksalsgemeinschaft: Bricht ein Glied in der Versorgungskette wegen Personalmangel zusammen, wird dadurch die ganze Branche vital getroffen. Die Kenntnis des eigenen Ausbildungspotentials erlaubt den Betrieben, ihre Ausbildungstätigkeit zielgerichtet zu planen und auf dieser Basis eine gezielte zwischenbetriebliche Zusammenarbeit in der Ausbildung zu realisieren.

Träger dieser Massnahmen sind die Betriebe. Die Branche kann durch Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer unterstützen.

6.2.2 Ausbildungsstrategie

Die Ausschöpfung des betrieblichen Ausbildungspotentials wird durch eine Ausbildungsstrategie als Element der Personalstrategie optimiert. In der Ausbildungsstrategie formuliert der Betrieb seinen zukünftigen Bedarf nach beruflichem Nachwuchs in Gesundheitsberufen und sein quantitatives und qualitatives Ausbildungspotential. Er erkennt die Differenz zwischen den eigenen Mög-

lichkeiten und dem eigenen Bedarf und kann Massnahmen ergreifen, um dieser Differenz wirksam zu begegnen.

6.2.3 Zwischenbetriebliche Zusammenarbeit

In die Analyse sind auch die Zusammenarbeitsmöglichkeiten mit Partnerinstitutionen einzubeziehen. Aufgabenteilung, Spezialpraktika, gemeinsame Anstellung von hoch qualifiziertem Ausbildungspersonal, gemeinsame Entwicklung und Aktualisierung von Ausbildungsgrundlagen für die Praxis oder Erfahrungsaustausch sind zugehörige Stichworte.

Je nach dem Gegenstand der Zusammenarbeit kann diese in Ausbildungsverbänden, in Projekten oder in informellen Strukturen erfolgen.

6.2.4 Anerkennung und Finanzierung von Ausbildungsleistungen

Praktische Ausbildung in Gesundheitsberufen wird in der Regel durch die Finanzierer nicht als Leistung anerkannt und auch nicht ausdrücklich als solche entschädigt. Sie wird durch eine ausdrückliche Anerkennung und Finanzierung der Ausbildungsleistungen attraktiviert und erleichtert. Die Entschädigung der Ausbildungstätigkeit muss zweckgebunden erfolgen, um Wirkung zu erzielen.

Für die Anerkennung und Finanzierung von praktischen Ausbildungsleistungen müssen die folgenden Grundsätze beachtet werden:

- Die Kosten für die Ausbildung des nichtärztlichen Personals werden als Pauschalen festgelegt. Verschiedene Kantone haben hierzu objektivierte Lösungen entwickelt, beispielsweise indem sie die Abgeltung an die Betriebe pro Praktikumswoche festgelegt haben. Eine gesamtschweizerische Harmonisierung ist sinnvoll.
- Die Abgeltung der praktischen Ausbildung soll leistungsbezogen erfolgen. Wird die Vergütung in eine Globalsteuerung wie beispielsweise die Fallpauschalen der Spitäler integriert, entfällt dieser Leistungsbezug. Mit einer separaten Vergütung kann mehr Wirkung erzielt werden.
- Die Abgeltung für die praktische Ausbildung soll zweckgebunden sein. Durch die Zweckbindung wird gewährleistet, dass die Mittel für die Ausbildungstätigkeit verfügbar werden.
- Die separate Vergütung vermeidet negative Anreize für ausbildende Spitäler. Mit ihr kann vermieden werden, dass Betriebe, die nicht ausbilden, im Benchmarking besser abschneiden als Betriebe, die ausbilden.

Per 2012 wird an den Spitälern die Finanzierung mittels leistungsbezogenen Fallpauschalen eingeführt. Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems können für die nicht-universitären Gesundheitsberufe die Kosten der betrieblichen Aus- und Weiterbildung in der Krankenversicherung als anrechenbare Kosten geltend gemacht werden. Die Ausbildungsleistungen der Listenspitäler können somit künftig wie die übrigen Leistungen dual – durch die Krankenversicherer und die Kantone – finanziert werden. Das Gesetz lässt jedoch offen, wie die Finanzierung konkret zu regeln ist.

Bei der Umsetzung der KVG-Revision müssen die oben erwähnten Grundsätze bezüglich der Finanzierung und Steuerung der praktischen Ausbildung unbedingt beachtet werden. Als wichtigste Prinzipien sind der Leistungsbezug und die Zweckgebundenheit der Finanzierung zu verankern.

Die Steuerung und Finanzierung des Gesamtsystems der praktischen Ausbildung muss harmonisiert werden. Dieses Anliegen hat einen übergeordneten Charakter und bindet die Gesamtheit der Akteure ein. Es ist darum als eigener Teil in Kapitel 7 „Massnahmen auf Planungs- und Steuerungsebene“ thematisiert.

6.2.5 Anerkennung der Arbeitsleistung der Lernenden und Studierenden

Lernende und Studierende erbringen in der praktischen Ausbildung Arbeitsleistungen, ohne die viele Institutionen des Gesundheitswesens das aktuelle Leistungsniveau nicht mehr aufrechterhalten könnten. Diese Leistungen werden in der Regel unterschätzt.

Neben Kommunikationsarbeit unterstützt eine dem Wert der Arbeitsleistung entsprechende Entschädigung und Positionierung der Lernenden und Studierenden in den Stellenplänen von Spitälern, Heimen und der Spitex das Interesse der Betriebe an der praktischen Ausbildung.

6.2.6 Opportunitätsbeiträge bewusst machen

Praktische Ausbildung in Gesundheitsberufen erzeugt auch nicht direkt messbare Opportunitätsbeiträge. Lernende und Studierende bringen neue Impulse ein, wirken mit ihrer Aussensicht der Betriebsblindheit entgegen, werden mit dem Betrieb vertraut und damit zu möglichen späteren Mitarbeitenden. Schliesslich ist das Image „Ausbildungsbetrieb“ positiv besetzt. Auch hier unterstützt Kommunikations- und Motivationsarbeit das Interesse der Betriebe an der praktischen Ausbildung.

6.3 Optimierter Einsatz des bestehenden Personals

Die konkreten Leistungsanforderungen an die Institutionen aller Versorgungsbereiche (Akutspitäler, Alters- und Pflegeheime, Spitex) ändern sich beständig. Die Einflussfaktoren für diese Veränderungen sind vielschichtig. Die periodische Überprüfung der Personalstruktur und der Prozessorganisation durch die Betriebe sichert die Berücksichtigung dieser Veränderungen.

Mit der Bildungsreform NBS wurden neue Berufsbilder und neue Kompetenzprofile geschaffen. Die Umsetzung der Bildungsreform ist noch nicht abgeschlossen. Weitere Berufe werden in die Systematik integriert, neue Angebote werden aufgebaut (zweijährige berufliche Grundbildung mit Attest, Master FH, Berufsprüfung, höhere Fachprüfungen und weitere) und in bereits überführten Berufen werden Optimierungen vorgenommen.

Die Praxis hat diese Entwicklungen in der Ausbildungstätigkeit zwar aufgenommen, in der Berufspraxis aber noch nicht konsequent umgesetzt. Die Pflichtenhefte der Mitarbeitenden schöpfen deren Kompetenzprofile oft nicht aus. Durch die Überprüfung von Abläufen in Verbindung mit einer Überprüfung und Neugestaltung des Skill- und Grademix kann eine bessere Ausschöpfung der Kompetenzen des bestehenden Personals erreicht werden.

Der Personaleinsatz kann auch dadurch optimiert werden, dass die Wirkung der erbrachten Leistungen überprüft und erhöht wird.

Massnahmen zur Optimierung des Einsatzes des bestehenden Personals und zur Ausschöpfung der Kompetenzen sind Gegenstand von Organisationsentwicklungsprozessen und gehören damit zu den ständigen Führungsaufgaben der Betriebe. Eine möglichst patienten- und prozessorientier-

te Organisation führt in der Regel auch zu einer Attraktivierung der täglichen Arbeit und zu einer höheren Arbeitszufriedenheit. Entsprechende Reorganisationen wirken sich damit auch auf die Zielebene der Personalerhaltung positiv aus.

6.4 Personalerhaltung

6.4.1 Grundsätze

Die NEXT-Studie³⁵ untersucht die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf im internationalen Vergleich. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil derjenigen, die aus dem Pflegeberuf aussteigen wollen, deutlich zwischen den teilnehmenden Ländern und innerhalb der Länder zwischen den verschiedenen Institutionen variiert. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass Faktoren wie die Arbeitsbedingungen, die Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Betrieb, die Anerkennung der Berufsgruppe und weitere weiche Faktoren³⁶ für die Personalerhaltung eine wichtige Rolle spielen.

Der Strauss möglicher Massnahmen zur Erhaltung des Personals in Gesundheitsberufen ist gross. Es steht eine Vielzahl monetärer und nicht-monetärer Anreize zur Verfügung. Sie können individuell oder generell ausgestaltet werden. Entsprechend unterscheidet sich auch ihre Wirkung. Die bekanntesten Massnahmen sind nachfolgend aufgeführt. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

6.4.2 Nicht-monetäre Massnahmen

Nicht-monetäre Massnahmen zielen oft auf die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, die Erhöhung der Autonomie oder die Verbesserung der Rahmenbedingungen ab. Gemäss Studien sind dies Schlüsselfaktoren für die Erhaltung des Personals. Zur Gruppe der nicht-monetären Massnahmen zählen insbesondere:

- Kompetenzgerechte Verteilung von Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten (Skill- und Grademix),
- angemessene Arbeitsbelastung und gerechte Arbeitsverteilung,
- Anerkennung und Wertschätzung durch Mitarbeitende und Vorgesetzte,
- Motivation durch Führung und Teamarbeit,
- Massnahmen der Personalentwicklung inkl. Fort- und Weiterbildungen,
- angepasste Arbeitszeitmodelle (u.a. zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf),
- Gesundheitsförderung.

³⁵ Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, welche Bedeutung dieser Schritt sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Pflegeinstitutionen und das Gesundheitswesen im Allgemeinen hat. NEXT wurde durch die Europäische Union (QLK6-CT-2001-00475) finanziert und gleichzeitig in Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Grossbritannien, Italien, den Niederlanden, Polen, Schweden und der Slowakei durchgeführt. Mehr als 40 Forscher in 14 wissenschaftlichen Instituten waren in der NEXT-Studiengruppe aktiv. Weitere Informationen unter: http://www2.uni-wuppertal.de/FB14/next/dt/index_dt.htm.

³⁶ Als weiche Faktoren werden nicht (objektiv) messbare Faktoren bezeichnet, die Einfluss auf den Erfolg eines Unternehmens haben. Im Personalbereich entsprechen die weichen Faktoren im Wesentlichen den nicht-monetären Elementen.

6.4.3 Monetäre Massnahmen

Monetäre Massnahmen können

- Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden erhöhen. Mittel dazu sind individuelle oder generelle Lohnerhöhungen, überobligatorische Beiträge an die Sozialversicherungen, Dienstalterszulagen und andere Massnahmen.
- Die Work-Life-Balance verbessern. Mittel dazu sind u.a. grosszügige Regelungen der Frei- und Ferientage, bezahlte Urlaube (Sabbaticals, Dienstaltersgeschenke) und bezahlte Elternurlaube.
- Die Entwicklungschancen erhöhen. Beiträge (Zeit und Geld) an Fort- und Weiterbildungen gewährleisten die berufliche Weiterentwicklung.
- Die Rahmenbedingungen für die Berufstätigkeit schaffen. Mittel dazu sind insbesondere finanziell tragbare Kinderbetreuungsangebote.
- Das Erreichen von Zielen unterstützen. Mittel dazu sind Modelle des Führens mit Zielsetzungen und damit verbundenen finanziellen Anreizen.

6.4.4 Handlungsebene Betrieb

Massnahmen zur Personalerhaltung müssen durch die Betriebe des Gesundheitswesens entwickelt und umgesetzt werden. Die betrieblichen Anreizsysteme müssen bedarfsgerecht gestaltet und in die Betriebsorganisation und die Betriebskultur eingebettet sein. Sie sind Teil der Organisationsentwicklung und können darum nicht generell aufgesetzt werden. Für die Betriebe lassen sich daraus die beiden folgenden Hauptmassnahmen ableiten:

- Formulierung bzw. Weiterentwicklung einer umfassenden, auf die aktuellen Rahmenbedingungen und Bedürfnisse ausgerichteten Personalstrategie mit den Elementen
 - Personalplanung und Personalentwicklung inkl. Fort- und Weiterbildung
 - Koppelung der Personalentwicklung mit den Prozessen, Erhöhung der Autonomie
 - Anstellungsbedingungen und Arbeitszeitmodelle
 - Diversity Management (Massnahmen zur Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben und zum Ausgleich der Work-Life-Balance)
 - Personalcontrolling
 - Ausbildungsstrategie

Die Personalstrategie fasst die betrieblichen Anreizsysteme in einer stimmigen Gesamtsicht zusammen.

- Je näher sich die Anreizsysteme an den Bedürfnissen und Anliegen der Mitarbeitenden orientieren, umso mehr Wirkung erzeugen sie. Eine periodische und differenzierte Überprüfung der Mitarbeiterzufriedenheit unterstützt die wirkungsorientierte Weiterentwicklung der Personalstrategie.

6.4.5 Handlungsebene Branche

Die Branche kann die Betriebe in ihrer Aufgabe namentlich auf den folgenden Ebenen unterstützen:

- Plattformen schaffen für den Wissens- und Erfahrungstransfer,

- Zur Verfügung stellen von adaptierbaren Modellen und Mustern,
- Branchenvergleiche zu den Anstellungsbedingungen,
- Branchenvergleiche zur Arbeitszufriedenheit.

6.5 Prioritäre Massnahmenvorschläge

Die in Kapitel 4 dargestellten Umfrageergebnisse haben gezeigt, dass die Kantone und die kantonalen OdA heute bereits vielfältige Massnahmen zur Sicherung des Personal- und Nachwuchsbedarfs ergriffen haben. Die Massnahmen lassen sich den folgenden Ebenen zuordnen:

- Rekrutierung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- Rekrutierung von Erwachsenen (Wiedereinsteigende/Quereinsteigende)
- Förderung der praktischen Ausbildung in den Betrieben
- Attraktivierung der Arbeitsplätze/Erhaltung von Personal
- Eingliederung von neuen Berufsbildern und neuen Abschlüssen in die bestehenden Personalstrukturen

Die vorhandenen Aktivitäten sind erfreulich. Sie variieren jedoch stark von Kanton zu Kanton. Angesichts der hier präsentierten Zahlen und Entwicklungen sind zusätzliche Anstrengungen nötig, damit genügend Personal für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. Gefordert sind die Kantone, die Organisationen der Arbeitswelt auf nationaler und regionaler Ebene sowie die Institutionen des Gesundheitswesens und deren Verbände.

Weil die Massnahmen mit finanziellem, zeitlichem und organisatorischem Aufwand verbunden sind, ist eine Priorisierung sinnvoll. Die hier vorgeschlagene Priorisierung der Massnahmen stützt sich auf Diskussionen in der Steuergruppe und auf die Beurteilung der Wirksamkeit der aktuellen Fördermassnahmen durch die Kantone und die kantonalen/regionalen OdA.

Als wichtigste Ebenen werden die Förderung der Ausbildung und die Erhaltung von Personal erachtet.

6.5.1 Förderung der praktischen Ausbildung

Die Zahl der neu dem System zugeführten Fachpersonen ist in den letzten Jahren praktisch konstant geblieben. In den nächsten Jahren wird sie bei den Pflegediplomen auf Tertiärstufe einen Einbruch erfahren. Demgegenüber nimmt der Personalbedarf insgesamt stetig zu. Wenn es auch nicht realistisch ist, den gesamten Mehrbedarf über Ausbildungsmassnahmen zu decken, so muss doch die Zahl der Ausbildungen in einem adäquaten Verhältnis zum Personalbedarf stehen.

Auf der Ebene der Förderung der praktischen Ausbildung haben die folgenden Massnahmen Priorität:

- Analyse und Ausschöpfung des betrieblichen Ausbildungspotentials,
- Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildungsleistungen,
- zwischenbetriebliche Zusammenarbeit.

6.5.2 Erhaltung von Personal

Bei den Massnahmen zur Personalerhaltung liegt ein grosses Potential. Wie die Berechnungen im Kapitel 5.3 zeigen, kann der Bedarf nach beruflichem Nachwuchs deutlich gesenkt werden, wenn es gelingt, die Berufsverweildauer zu erhöhen. Die Gesundheitsberufe weisen gemäss den vorhandenen Schätzungen eine sehr tiefe Berufsverweildauer auf. In diesem Bereich wird deshalb ein grosses Potential gesehen. Auch Rekrutierungsmassnahmen für Wiedereinsteigende können den Massnahmen zur Erhöhung der Berufsverweildauer zugeordnet werden. Im Bereich der Rekrutierungsmassnahmen sind schon vielfältige Aktivitäten im Gang. Bei der Berufskommunikation muss das Ziel eher darin bestehen, die regionalen Massnahmen gegenseitig abzustimmen und in einen einheitlichen Rahmen zu setzen.

Auf der Ebene der Erhaltung von Personal haben die folgenden Massnahmen Priorität:

- Nicht-monetäre Massnahmen: motivierende Arbeitsbedingungen,
- monetäre Massnahmen: Rahmenbedingungen für die Berufstätigkeit schaffen.

Teil IV Massnahmen auf Steuerungs- und Planungsebene

Der Auftrag von GDK und OdASanté sieht vor, dass der Versorgungsbericht auch Hinweise für die Fortschreibung der Versorgungsplanung, die Evaluation von Umsetzung und Wirkung der Massnahmenvorschläge gemäss Teil III dieses Berichts und die rollende Nachführung dieser Massnahmenvorschläge formulieren soll. Diesem Auftrag wird in diesem Berichtsteil entsprochen.

Bei der Erarbeitung des Berichts haben sich auch übergeordnete Fragen zur Finanzierung und Steuerung des Gesamtsystems der praktischen Ausbildung in Gesundheitsberufen ergeben. Sie wurden ebenfalls in den vorliegenden Bericht aufgenommen.

7 Massnahmen auf Steuerungsebene

7.1 Harmonisierung des Gesamtsystems der Steuerung der praktischen Ausbildung

Mit der Steuerung und Finanzierung der Erbringer von Gesundheitsleistungen und damit verbunden auch der Träger der praktischen Ausbildung befassen sich heute verschiedene Stellen, vorab der Bund, die Krankenversicherer, die Kantone und - soweit ihnen vom Kanton Aufgaben übertragen wurden - auch die Gemeinden.

Diese vier Steuerungsbehörden nehmen ihre Steuerungsaufgabe jeweils in ihrem Zuständigkeitsbereich und aus einer jeweils eigenen Sicht heraus wahr. Sie haben je eigene Interessen, formulieren dementsprechend je eigene Schwerpunkte und setzen diese durch konkrete Steuerungs- und Finanzierungsmechanismen um. In Bezug auf die praktische Ausbildung in Gesundheitsberufen fehlt eine übergeordnete Gesamtsicht. Die Wirkung von Fördermassnahmen bleibt damit oft begrenzt.

Wirksame Fördermassnahmen setzen voraus, dass das Gesamtsystem der Steuerung und Finanzierung der praktischen Ausbildung in Gesundheitsberufen in den folgenden Punkten harmonisiert wird:

- Als prioritäre Massnahme empfiehlt der vorliegende Bericht die Förderung der praktischen Ausbildung und insbesondere auch die Anerkennung und Finanzierung der praktischen Ausbildungsleistungen. Diese Fördermassnahme setzt voraus, dass Ausbildung als eigenständige Leistung explizit anerkannt und ebenso explizit und zweckgebunden abgegolten wird. Als diffuser Teil einer Globalfinanzierung dürfte die Förderwirkung weitgehend verloren gehen.
- Die Ausbildungsleistungen der Institutionen aller Versorgungsbereiche sind gleich wertvoll. Die praktische Ausbildung in Spitälern, Heimen und der Spitex sollten darum gleichermaßen gefördert und entschädigt werden. Dies ist heute nicht der Fall. Das KVG kennt unterschiedliche Regelungen in der Spitalfinanzierung und der Pflegefinanzierung

und auch die Kantone kennen teilweise unterschiedliche Regelungen, insbesondere dort, wo Versorgungsaufgaben den Gemeinden übertragen sind.

- Das Versorgungsnetzwerk bildet eine Schicksalsgemeinschaft. Die einzelnen Glieder der Versorgungskette bleiben nur dann leistungsfähig, wenn sie selber, aber auch ihre vor- und nachgelagerten Partner über genügend Personal verfügen. Für das Versorgungssystem ist darum entscheidend, dass die Fördermassnahmen alle Partner, unabhängig von ihrem rechtlichen Status, erreichen.
- Mit Ausnahme der Diplompflegeausbildung werden alle weiteren tertiären Gesundheitsberufsausbildungen durch Bildungsanbieter mit kantonsübergreifendem Einzugs- und Versorgungsgebiet angeboten. Diese rekrutieren nicht nur Studierende, sondern auch praktische Ausbildungsplätze in verschiedenen Kantonen. Während der Zugang und die Finanzierung der schulischen Kosten bereits interkantonal geregelt sind, sind die Kosten der praktischen Ausbildung heute sehr ungleich auf die Kantone verteilt. Eine möglichst solidarische Finanzierung zwischen den Kantonen ist anzustreben. Heute ist eine solche einzig auf der Fachhochschulstufe in den Westschweizer Kantonen realisiert. Fördermassnahmen für die praktische Ausbildung in diesen Bildungsgängen erreichen nur dann eine namhafte Wirkung, wenn sie interkantonal harmonisiert sind und die gleiche Stossrichtung aufweisen.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass eine zentrale Frage zur Zukunft des Gesundheitswesens darin liegt, ob genügend und genügend qualifiziertes Personal in Gesundheitsberufen verfügbar sein wird. Aus dieser Sicht erhält eine Harmonisierung des Gesamtsystems der Steuerung der praktischen Ausbildung hohe Priorität.

7.2 Kantonsübergreifende Steuerung des tertiären Bildungsangebots

Zur Steuerung des tertiären Bildungsangebots haben Bund und Kantone die Instrumente "Masterplan Höhere Berufsbildung" und "Masterplan Fachhochschulen" entwickelt. Diese gliedern sich in die übergeordnete Masterplanung EVD-EDK ein. Mit dem „Masterplan Fachhochschulen“ werden die strategischen Prioritäten gesetzt und die Massnahmen zur Kostensenkung festgelegt. Das Projekt "Masterplan Höhere Berufsbildung" soll die offenen Fragen in Bezug auf die Angebotsstruktur und die Finanzierungsflüsse in der höheren Berufsbildung klären und als Grundlage für eine neue interkantonale Fachschulvereinbarung dienen.

Die konkrete Steuerung des tertiären Bildungsangebots auf Stufe der Fachhochschulen und der Höheren Fachschulen im Rahmen dieser Masterpläne obliegt den kantonalen Bildungsdirektionen. Die tertiären Bildungsangebote in Gesundheitsberufen haben jedoch in der Regel einen kantonsübergreifenden Charakter. Die Bildungsanbieter sind insbesondere auf die Rekrutierung von ausserkantonalen Praktikumsplätzen angewiesen.

Kantonale Steuerung und interkantonaler Charakter führen zu einer gewissen Zufälligkeit des Bildungsangebots. Eine Koppelung des Bildungsangebots an die Bedarfsentwicklung ist nicht gesichert. Hier sollten Wege gefunden werden, um die interkantonale Koordination der Bildungsangebote und deren Koppelung an die Bedarfsentwicklung zu verstärken.

8 Massnahmen auf Planungsebene

8.1 Verbesserung und Verfeinerung der Datenbasis

8.1.1 Personalstatistiken

Die heutige Datenbasis der Personalstatistiken (Krankenhausstatistik, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Spitex-Statistik) zeigt Lücken und Mängel. Diese müssen raschmöglichst behoben werden. Die folgenden Verbesserungen sind erforderlich:

- Die Führung der detaillierten Personalstatistiken sollte für alle Institutionen des Gesundheitswesens (Spitäler, Kliniken, Heime, tagesstationäre Einrichtungen, Spitex) obligatorisch erklärt werden.
- Die Berufsnomenklatur der Krankenhausstatistik, der SOMED-Statistik und der Spitex-Statistik muss dringend vereinheitlicht und den Bedürfnissen des Gesundheitswesens angepasst werden, damit die Daten zur wirksamen Planung und Steuerung der Versorgung mit Personal in Gesundheitsberufen eingesetzt werden können. Dies stellt aufgrund der Vielzahl der Aus- und Weiterbildungen und aufgrund der zahlreichen neu geschaffenen Ausbildungsgänge und Titel eine besondere Herausforderung dar.
Im Rahmen der Revision der Krankenhausstatistik hat eine Arbeitsgruppe der GDK die Zuordnung der altrechtlichen und der aktuellen Ausbildungen zu grösseren Personalkategorien erarbeitet. Diese Zuordnung ist im Anhang 2.1 der Obsan-Studie dokumentiert.
- Die Vollständigkeit der Personalstatistiken muss geprüft werden. Insbesondere sind erweiterte soziodemographische Angaben sinnvoll. Ein Vorschlag zum Datenraster findet sich im Kapitel 8.2.1.
- Heute werden Mitarbeitende in Gesundheitsberufen in therapeutischen Praxen und privaten Betrieben (Labors, Radiologie-Institute etc.) nicht erfasst. Der Anteil dieser Personen dürfte einerseits durch weitere Outsourcing-Prozesse in Institutionen des Gesundheitswesens und andererseits durch neue Einsatzfelder zunehmen.³⁷
GDK und Bund müssen gemeinsam Wege suchen, wie diese Erfassungslücke geschlossen werden kann. Die Erfassung des Personals in diesen Einrichtungen sollte nach dem gleichen Datenraster erfolgen, wie es im Kapitel 8.2.1 vorgeschlagen wird.
- Um das Ausbildungsgeschehen und die Personalbedarfsentwicklung aufeinander abstimmen zu können, müssen die Nomenklaturen der Personalstatistik und der Bildungsstatistiken aufeinander abgestimmt bzw. vergleichbar sein. Für die Bildungsstatistiken verwendet das BFS zurzeit den SCRIS-Code. Die Vergleichbarkeit mit den Personalstatistiken muss in geeigneter Weise sichergestellt werden.
- Die Entwicklung der Versorgungsstrukturen muss abgebildet werden können. Neue Angebote wie z.B. Tageskliniken (Akut, Psychiatrie, Alter), Tagesstätten (Alter), Geburtshäuser oder Gesundheitszentren (Akut) müssen in geeigneter Form erfasst und erkennbar gemacht werden.

³⁷ Beispielsweise wird der Einsatz von diplomierten Pflegefachfrauen und von therapeutischem Personal in Arztpraxen zur Entlastung der Ärzteschaft diskutiert.

- Mit der Verfeinerung der Personalstatistik wird diese zum wichtigen Planungs- und Steuerungsinstrument. Diese Bedeutung muss auch den Betrieben kommuniziert werden als Anreiz, die statistischen Angaben mit der gebotenen Sorgfalt zu erstellen.

8.1.2 Bildungsstatistiken

- Altrechtliche Ausbildungen werden noch durch das SRK erfasst, die neurechtlichen durch das BFS. Das BFS führt eine konsolidierte Statistik, wobei die Daten des BFS und des SRK teilweise leicht abweichend sind. Die Zuständigkeit und der Datenfluss für die Bildungsstatistiken sollte überprüft und neu einer einzigen Stelle übertragen werden.
- Es ist ausgesprochen schwierig, sich ein zuverlässiges Bild über die Weiterbildungen in Gesundheitsberufen zu machen. Eine vertiefte Analyse des Angebots der eidgenössisch anerkannten Weiterbildungen durch GDK und OdASanté ist sinnvoll. In einem Folgeschritt zu dieser Analyse ist zu klären, in welcher Form der Katalog der Weiterbildungen in das Erfassungsraster des BFS übergeführt werden soll.
- Auch die Bildungsstatistiken sind ein wichtiges Planungs- und Steuerungsinstrument. Den Bildungsanbietern muss diese Bedeutung kommuniziert werden als Anreiz, die statistischen Angaben mit der gebotenen Sorgfalt zu erstellen.

8.2 Periodische Bestandesaufnahme (Indikatorensystem)

8.2.1 Personaldaten

Eine periodische Bestandesaufnahme wird sehr empfohlen. Das Datenraster entspricht dem vorliegenden Versorgungsbericht, ergänzt durch die im Bericht festgestellten Lücken. Gelingt es, diese Lücken durch die im Kapitel 8.1.1 aufgezeigten Massnahmen zu schliessen, kann die periodische Bestandesaufnahme aussagekräftiger gestaltet werden.

Empfohlen wird das folgende Datenraster für die Personalstatistik der Betriebe des Gesundheitswesens:

- Mitarbeitende in Gesundheitsberufen nach Qualifikation in Vollzeitäquivalenten,
- Mitarbeitende in Gesundheitsberufen nach Qualifikation und Personenzahl,
- Beschäftigungsgrad der Mitarbeitenden,
- Arbeitsort nach Typ und Kanton des Betriebes,
- Wohnort nach Inland/Ausland,
- soziodemographische Eckwerte (Geschlecht, Alter, Zivilstand, Nationalität).
- Wünschbar wären auch Angaben zur Fluktuation der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen.

Die Personalstatistik wird durch die jeweiligen Arbeitgeber ausgefüllt. Daher ist es nicht möglich, Angaben zur Berufserfahrung der Mitarbeitenden oder Einschätzungen zur Berufsverweildauer der Mitarbeitenden einzufordern. Angaben zu diesen wichtigen Elementen müssen mit anderen Instrumenten gewonnen werden.

Die statistischen Grundlagendaten werden durch das Bundesamt für Statistik BFS erhoben (Krankenhausstatistik, SOMED, Spitex-Statistik, soweit möglich ergänzende Statistiken zu Praxen und Instituten, Bildungsstatistiken).

Das BFS bzw. das Obsan wird beauftragt, die verfügbaren Daten anhand des vorgegebenen Datenrasters jährlich auszuwerten und die Auswertungsergebnisse der GDK, der OdASanté und über diese auch den Verbänden zur Verfügung zu stellen.

GDK und OdASanté analysieren die Ergebnisse auf gesamtschweizerischer Ebene anhand eines Indikatorensystems und stellen sie den Kantonen und den kantonalen OdA im Rahmen eines Reportings zur Verfügung. Diese können die Ergebnisse als Controlling-Instrument für ihre Personal- und Ausbildungsplanungen und zur Evaluation der Wirkungen der von ihnen getroffenen Massnahmen einsetzen.

8.2.2 Versorgungsplanungen

Die Kantone verfügen bereits heute über Versorgungsplanungen für die Institutionen des Gesundheitswesens. Die Minimalanforderungen an diese Planungen sind bundesrechtlich geregelt (Spitalliste und Pflegeheimliste gemäss KVG). Die rollende Nachführung und, soweit erforderlich, die Ergänzung dieser Versorgungsplanung bildet eine wichtige Voraussetzung, um die Entwicklung des Versorgungssystems und die Entwicklung des Bedarfs an Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen abzuleiten.

Die Versorgungsplanungen sollten qualitative und quantitative Aussagen zu den folgenden Punkten formulieren:

- Entwicklung des Bedarfs der Bevölkerung nach medizinischen, therapeutischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Leistungen.
- Strategie für die Bedarfsdeckung (Versorgungsstrategie): In welchem Umfang und in welcher Weise soll der Bedarf eingelöst werden? Welcher Leistungsträger (Spitäler, Heime, Spitex) soll welche Leistungen erbringen, welche Innovationen können dabei genutzt werden?
- Aus der Kopplung von Bedarfsentwicklung und Versorgungsstrategie ergibt sich der erwartete Leistungszuwachs oder die erwartete Leistungsabnahme der einzelnen Leistungsträger. Daraus lässt sich der zu erwartende Mehr- oder Minderbedarf nach Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen ableiten.

8.3 Massnahmenevaluation

Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit mit Personal in nichtärztlichen Gesundheitsberufen werden evaluiert. Die Evaluation der Massnahmen bewegt sich auf den beiden Ebenen der Umsetzung und der Wirkung der umgesetzten Massnahmenvorschläge.

8.3.1 Evaluationsebene Umsetzung der Massnahmenvorschläge

Der vorliegende Bericht schlägt den Kantonen, Branchenverbänden und Institutionen in Teil III, Kapitel 8, Massnahmen zur Umsetzung vor. Die Vorschläge haben den Charakter von Empfehlungen. GDK und OdASanté prüfen periodisch im Rahmen einer Befragung, welche Massnahmen

durch welche Stellen ergriffen und umgesetzt worden sind. Bei der Evaluation von Bildungsfragen soll auch die EDK einbezogen werden.

8.3.2 Evaluationsebene Wirkung der umgesetzten Massnahmen

Die Evaluation der Wirkung der umgesetzten Massnahmen wird vorab Sache jener Stellen sein, welche die Massnahmen ergriffen und finanziert haben. GDK und OdASanté holen periodisch bei Kantonen und kantonalen OdA vorliegende Evaluationsergebnisse ein und fassen diese in einem Reporting mit erweiterten Massnahmenempfehlungen zusammen.

Glossar

Berufskommunikation	Kommunikationsarbeit zu Ausbildungen und Berufen mit der Hauptzielgruppe potentielle Lernende und Studierende. Beinhaltet sowohl werberische als auch informative Aspekte.
Grademix	Die Zusammensetzung eines Teams aus Mitarbeitenden mit unterschiedlichen offiziellen Aus- und Weiterbildungen.
Grenzgänger	Personen, die in der Schweiz arbeiten und im benachbarten Ausland wohnhaft sind. Sie werden in den Statistiken nicht als Teil der Schweizer Bevölkerung erfasst.
Lehrortsprinzip	Im Lehrortsprinzip werden die Lernenden (auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe B) vom Lehrbetrieb angestellt. Die Hauptverantwortung für die Ausbildung liegt jedoch bei der Schule.
Lernbereich Training und Transfer (LTT)	Der LTT ermöglicht in einer dazu eingerichteten Lernumgebung das gezielte Training von beruflichen Kompetenzen und das Transfer-Lernen der Theorie in die Praxis sowie der Praxis in die Theorie. Die Verantwortung für den LTT übernehmen die Bildungsanbieter und die Praktikumsbetriebe gemeinsam.
Lernort Praxis	Nebst der Schule und dem Lernbereich Training und Transfer der dritte Lernbereich. Der Kompetenzerwerb findet in der beruflichen Praxis von Institutionen des Gesundheitswesens statt.
Pflegeassistentenz	Pflegeassistentinnen unterstützen das diplomierte Pflegepersonal in Spitälern und Heimen. Die Ausbildung dauert in der Regel ein Jahr und schliesst mit einer Prüfung ab. Sie wird im Zuge der Umsetzung der neuen Bildungssystematik aufgehoben und im Jahr 2011 zum letzten Mal angeboten.
Praktikum/Praktika	Als Praktika gelten Einsätze von Studierenden in der beruflichen Praxis im Rahmen von Bildungsgängen auf Tertiärstufe oder Sekundarstufe II. Die Praktika sind durch Zielvereinbarungen zu steuern, sind kompetenzorientiert, werden von Fachkräften begleitet und stehen unter der Aufsicht der Bildungsanbieter. Die Einsatz- und Tätigkeitsgebiete entsprechen dem Bildungsstand der Studierenden. Die Anforderungen an die Praktikumsbetriebe werden von den Bildungsanbietern festgelegt.
Quereinsteigende	Personen mit einer Ausbildung und Berufserfahrung in einem Bereich ausserhalb des Gesundheitswesens, die eine Ausbildung im Gesundheitsbereich absolvieren bzw. eine solche abgeschlossen haben und in das neue Berufsfeld eintreten. Auch "Umsteigende" genannt.
Schulortsprinzip	Im Schulortsprinzip wird der praktische Teil der Ausbildung in Form von Praktika ohne Anstellung absolviert. Die Hauptverantwortung für die Ausbildung liegt, wie im Lehrortsprinzip auch, bei der Schule.
Skillmix	Die Zusammensetzung eines Teams aus Mitarbeitenden mit unterschiedlichen Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten.
Tertiärstufe A	Hochschulen: Universitäten und Fachhochschulen

Glossar

Tertiärstufe B	Höhere Berufsbildung: Höhere Fachschulen, Höhere Fachprüfungen, Eidgenössische Berufsprüfungen
Wiedereinsteigende	Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung im Gesundheitsbereich, die nach einem kürzeren oder längeren Arbeitsunterbruch wieder in einer Institution des Gesundheitswesens eine Arbeit aufnehmen.

Anhänge

Anhang 1 Anteile der ausländischen Wohnbevölkerung und der Grenzgänger nach Kantonen

Kanton	Ständige Wohnbevölkerung 2008				Grenzgänger 1. Quartal 2009			
	Alle Total	Schweizer Total	Ausländer Total	Ausländeranteil in Prozent	alle Branchen total	in Prozent an der Wohnbevölkerung	Branche Gesundheit und Soziales	In Prozent am Total aller Branchen
Schweiz	7 701 856	6 032 141	1 669 715	21.7%	213'535	2.8%	17'247	8.1%
Zürich	1 332 727	1 019 182	313 545	23.5%	5'734	0.4%	380	6.6%
Bern	969 299	845 650	123 649	12.8%	1'649	0.2%	44	2.7%
Luzern	368 742	309 007	59 735	16.2%	121	0.0%	7	5.8%
Uri	35 162	31 945	3 217	9.1%	3	0.0%	0	0.0%
Schwyz	143 719	118 044	25 675	17.9%	87	0.1%	3	3.4%
Obwalden	34 429	30 153	4 276	12.4%	16	0.0%	1	6.3%
Nidwalden	40 737	36 434	4 303	10.6%	27	0.1%	0	0.0%
Glarus	38 370	30 940	7 430	19.4%	9	0.0%	0	0.0%
Zug	110 384	85 097	25 287	22.9%	147	0.1%	0	0.0%
Solothurn	251 830	203 509	48 321	19.2%	1'413	0.6%	63	4.5%
Basel-Stadt	186 672	129 290	57 382	30.7%	30'278	16.2%	2'565	8.5%
Basel-Landschaft	271 214	220 967	50 247	18.5%	17'226	6.4%	910	5.3%
Schaffhausen	75 303	58 291	17 012	22.6%	4'177	5.5%	310	7.4%
Appenzell A.Rh.	53 054	45 775	7 279	13.7%	255	0.5%	68	26.7%
Appenzell I.Rh.	15 549	13 984	1 565	10.1%	74	0.5%	3	4.1%
St.Gallen	471 152	369 971	101 181	21.5%	6'971	1.5%	406	5.8%
Graubünden	190 459	160 840	29 619	15.6%	3'563	1.9%	204	5.7%
Aargau	591 632	467 649	123 983	21.0%	9'959	1.7%	785	7.9%
Thurgau	241 811	191 942	49 869	20.6%	3'466	1.4%	533	15.4%
Deutschschweiz	5 422 245	4 368 670	1 053 575	19.4%	85'175	1.6%	6'282	7.4%
Freiburg	268 537	222 471	46 066	17.2%	170	0.1%	11	6.5%
Tessin	332 736	248 274	84 462	25.4%	43'773	13.2%	2'361	5.4%
Waadt	688 245	482 317	205 928	29.9%	16'472	2.4%	1'613	9.8%
Wallis	303 241	242 684	60 557	20.0%	1'687	0.6%	105	6.2%
Neuenburg	170 924	130 331	40 593	23.7%	7'856	4.6%	532	6.8%
Genf	446 106	276 012	170 094	38.1%	52'880	11.9%	5'994	11.3%
Jura	69 822	61 382	8 440	12.1%	5'522	7.9%	349	6.3%
Lateinische Schweiz	2 279 611	1 663 471	616 140	27.0%	128'360	5.6%	10'965	8.5%

Quellen: ESPOP BFS und Grenzgängerstatistik BFS.

Anhang 2.1 Verlauf der Ausbildungsabschlüsse

Tertiäre medizinisch-technische Berufe SRK	Abschlüsse 2000	Abschlüsse 2001	Abschlüsse 2002	Abschlüsse 2003	Abschlüsse 2004	Abschlüsse 2005	Abschlüsse 2006	Abschlüsse 2007	Abschlüsse 2008	Mittel 2000 bis 2008
Medizinisches Labor (MLAB / BMA)	191	159	181	163	160	161	169	143	112	160
Medizinisch-technische Radiologie (inkl. FH)	99	100	88	80	82	77	87	114	92	81
Operationstechnik	66	59	62	93	82	90	72	87	65	75
Rettungssanität	13	89	87	146	138	131	123	119	118	107
Total tertiäre medizinisch-technische Berufe	369	407	418	482	462	459	451	463	387	433

Tertiäre therapeutische Berufe	Abschlüsse 2000	Abschlüsse 2001	Abschlüsse 2002	Abschlüsse 2003	Abschlüsse 2004	Abschlüsse 2005	Abschlüsse 2006	Abschlüsse 2007	Abschlüsse 2008	Mittel 2000 bis 2008
Ernährungsberatung (inkl. FH)	37	37	37	38	52	34	51	55	51	44
Physiotherapie (inkl. FH)	268	296	268	281	305	309	278	315	313	293
Ergotherapie (inkl. FH)	78	83	81	77	99	62	71	91	109	83
Hebammen (inkl. FH)	104	110	96	106	104	107	100	99	111	104
Bildungsgang Aktivierung	16	27	33	34	53	34	17	31	37	31
Total tertiäre therapeutische Berufe	503	553	515	536	612	546	518	591	621	555

Tertiäre Berufe in Pflege und Betreuung	Abschlüsse 2000	Abschlüsse 2001	Abschlüsse 2002	Abschlüsse 2003	Abschlüsse 2004	Abschlüsse 2005	Abschlüsse 2006	Abschlüsse 2007	Abschlüsse 2008	Mittel 2000 bis 2008
Fachhochschuldiplom Pflege	0	0	0	0	0	0	186	282	321	<i>im Aufbau</i>
Diplompflege DN II Regelabschlüsse und HF Pflege	1'403	1'626	1'630	1'449	1'496	1'520	1'394	1'342	1'456	1'480
Diplompflege Niveau I Regelabschluss	793	971	824	890	767	692	601	531	338	712
Total tertiäre Berufe in Pflege und Betreuung	2'196	2'597	2'454	2'339	2'263	2'212	2'181	2'155	2'115	2'279

Anhänge

Nachqualifikationen in tertiären Berufen in Pflege und Betreuung	Abschlüsse 2000	Abschlüsse 2001	Abschlüsse 2002	Abschlüsse 2003	Abschlüsse 2004	Abschlüsse 2005	Abschlüsse 2006	Abschlüsse 2007	Abschlüsse 2008	Mittel 2000 bis 2008
Diplompflege Niveau II Aufbaujahr DN I	336	469	500	610	620	628	492	418	330	489
Passerelle zu Diplompflege Niveau II	31	11	18	6	0	1	0	0	0	7
Passerelle zu Diplompflege Niveau I	358	382	264	348	265	219	109	150	152	250
Total tertiäre Berufe in Pflege und Betreuung	725	862	782	964	885	848	601	568	482	746

Berufe mit EFZ in Pflege und Betreuung	Abschlüsse 2000	Abschlüsse 2001	Abschlüsse 2002	Abschlüsse 2003	Abschlüsse 2004	Abschlüsse 2005	Abschlüsse 2006	Abschlüsse 2007	Abschlüsse 2008
Fachfrau Gesundheit	0	0	0	0	82	305	777	1'526	1'928
Hauspflegerin	249	255	253	246	213	235	239	243	156
Betagtenbetreuerin	180	182	227	246	232	264	268	357	49
Fachfrau Betreuung Fachr. Betagtenbetreuung	0	0	0	0	0	1	1	0	81
Fachfrau Betreuung Fachr. Generalistin	0	0	0	0	0	0	0	0	106
Medizinische Praxisassistentin	682	761	695	896	760	856	854	909	898
Total Berufe mit EFZ in Pflege und Betreuung	1'111	1'198	1'175	1'388	1'287	1'661	2'139	3'035	3'218

Nicht vom Bund geregelte Berufe und Kurse auf Sekundarstufe II	Abschlüsse 2000	Abschlüsse 2001	Abschlüsse 2002	Abschlüsse 2003	Abschlüsse 2004	Abschlüsse 2005	Abschlüsse 2006	Abschlüsse 2007	Abschlüsse 2008	Mittel 2000 bis 2008
Pflegeassistentin	1'047	1'135	1'086	1'199	1'294	980	898	801	748	1'021
Kursbestätigung Pflegehelferin	k.A.	k.A.	k.A.	2'917	3'036	3'330	3'214	3'353	3'401	3'209
Total nicht vom Bund geregelte Berufe und Kurse auf Sekundarstufe II	1'047	1'135	1'086	4'116	4'330	4'310	4'112	4'154	4'149	4'229

Quellen:

- Tertiärstufe ohne Bildungsgang Aktivierung: Bildungsstatistiken des SRK
- Sekundarstufe II und Bildungsgang Aktivierung: Bildungsstatistiken des BFS

Hinweis: Zahlreiche Daten finden sich sowohl in den Bildungsstatistiken des SRK und des BFS. Die Daten zeigen geringfügige Abweichungen.

Anhang 2.2 Berufsmaturitätszeugnisse, Fachmaturitätszeugnisse und Fachmittelschuldiplome nach Kantonen (2008)

Wohnkanton	Berufsmaturitäten Gesundheit-Soziales	Fachmaturität insgesamt	Fachmittelschul- abschlüsse insgesamt
Westschweiz	182	86	1'656
Waadt	56	38	550
Wallis	48	0	301
Genf	8	48	398
Freiburg	30	0	239
Neuenburg	30	0	130
Jura	10	0	38
Nordwestschweiz	185	248	992
Bern	138	0	179
Solothurn	20	31	97
Basel-Stadt	1	72	184
Basel-Landschaft	0	145	296
Aargau	26	0	236
Zürich	336	0	201
Ostschweiz	104	29	437
Glarus	1	0	22
Schaffhausen	0	0	48
Appenzell A. Rh.	2	0	17
Appenzell I. Rh.	5	0	0
St. Gallen	38	19	148
Graubünden	2	0	78
Thurgau	56	10	124
Zentralschweiz	103	25	256
Luzern	59	0	140
Uri	5	5	14
Schwyz	19	0	47
Obwalden	9	0	0
Nidwalden	6	0	0
Zug	5	20	55
Tessin	59	143	143
davon Ausland	2	0	0
Total	971	531	3'685

Anhang 2.3 Bildungsanbieter HF-Bildungsgänge (Stand Frühjahr 2009)

Pflege	Diplompflege HF	AT	Bildungsgang Aktivierung
BMA	Biomedizinische Analytik	RS	Rettungssanität
MTR	Medizinisch-technische Radiologie	DH	Dentalhygiene
OT	Operationstechnik	OPT	Orthoptik

Kanton	Bildungsanbieter	Pflege	BMA	MTR	OT	AT	RS	DH	OPT
AG	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales Aarau	X			X				
AG	Emergency Schulungszentrum AG Zofingen						X		
BE	Medi Zentrum für medizinische Bildung Bern		X	X	X	X	X	X	
BE	Berner Bildungszentrum Pflege Bern	X							
BS/BL	BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt Münchenstein	X	X	X					
GE	Centre de formation professionnelle santé et social (CEFOPS), Genève		X						
GL	Pflegeschule Glarus	X							
GR	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Chur	X							
LU	Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz Luzern	X	X						
LU	SIRMED Nottwil						X		
NE	Centre professionnel du Littoral neuchâtelois Neuchâtel		X						
SG	BZGS Berufs- und Weiterbildungszentrum für Gesund- heitsberufe St. Gallen	X	X		X				
SG	BZSL Berufs- und Weiterbildungszentrum für das Sar- ganserland Sargans	X							
SH	Schule für Pflegeberufe BBZ Schaffhausen								
SO	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Solothurn	X							
TG	Bildungszentrum für Gesundheit Frauenfeld	X							
TI	Centro professionale Locarno		X	X					
TI	Scuola cantonale in cure infermieristiche Lugano	X							
TI	Scuola superiore medico-tecnica Trevano				X				
TI	Scuola specializzata superiore Bellinzone e Lugano	X							
VD	Ecole supérieure de la santé Lausanne		X		X				
VD	Ecole supérieure de soins ambulanciers Bois-Cerf Lausanne						X		
VD	Ecole d'orthoptique de Lausanne								X
ZH	Careum Bildungszentrum Zürich	X	X	X	X				
ZH	Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Winterthur	X							X
ZH	Dentalhygiene-Schule Zürich							X	
ZH	Prophylaxe Zentrum Zürich							X	

Der Rahmenlehrplan für den tertiären Bildungsgang Podologie ist noch im Aufbau und in der Übersicht darum nicht erfasst. In der Westschweiz bietet der Kanton Genf eine dreijährige, kantonale anerkannte Diplomausbildung in Podologie an.

Anhang 2.4 Bildungsanbieter FH-Studiengänge

Pflege	Bachelor of Science in Pflege
MTR	Bachelor of Science in Medizinisch-technischer Radiologie (nur Westschweiz)
PHYS	Bachelor of Science in Physiotherapie
ERGO	Bachelor of Science in Ergotherapie
HEB	Diplomierte Hebamme BSc
ERB	Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik

Schule	Bildungsanbieter/Standorte	Pflege	MTR	PHYS	ERGO	HEB	ERB
FH Bern	Berner Fachhochschule Gesundheit Bern	X		X		X	X
	Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt (in Kooperation mit der BFH)						
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit	X		X	X	X	
FHS St. Gallen	FHS St. Gallen, Fachbereich Gesundheit	X					
HES-SO	Fachhochschule Gesundheit Freiburg	X					
	Haute école de santé Genève	X	X	X		X	X
	Haute école Arc Santé Delémont	X					
	Haute école de travail sociale et de la santé Lausanne				X		
	Haute école cantonale vaudoise de la santé Lausanne	X	X	X		X	
	Haute école de santé – La Source Lausanne	X					
SUPSI	Hochschule Wallis Gesundheit und Soziale Arbeit Sitten	X		X			
	Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno	X		X	X		
WE'G Hochschule Gesundheit	Fachhochschule Physiotherapie, Akademie Thim van der Laan, Landquart						
	WE'G Hochschule Gesundheit, Aarau						

Anhang 3 Entwicklung der Zahl der Schulabgängerinnen 2008 – 2018 nach Kantonen

Abgangsjahr	Total	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL
1998	78'323	12'553	10'877	3'912	412	1'672	476	410	460	1'010	2'549	2'697	2'009	2'847
1999	77'100	11'707	10'578	3'951	402	1'515	421	450	492	1'048	2'651	2'728	2'097	2'723
2000	76'380	11'687	10'250	4'176	442	1'493	444	405	473	1'000	2'679	2'567	1'690	2'685
2001	76'717	11'512	10'008	4'039	429	1'498	480	460	421	1'056	2'877	2'705	1'545	2'713
2002	76'294	11'458	9'839	4'136	428	1'571	497	429	417	1'048	2'826	2'489	1'584	2'705
2003	77'855	12'065	10'079	4'118	430	1'509	490	473	413	1'135	2'820	2'568	1'532	2'762
2004	80'316	12'003	10'572	4'269	425	1'562	506	470	503	1'116	3'031	2'713	1'688	2'809
2005	81'679	12'279	10'247	4'346	385	1'619	509	453	479	1'137	3'007	2'738	1'671	2'720
2006	83'058	12'367	10'567	4'473	452	1'597	541	504	441	1'196	3'203	2'699	1'560	2'745
2007	84'590	12'570	10'666	4'521	411	1'672	507	499	455	1'212	3'387	2'792	1'656	2'792
2008	84'258	12'573	10'475	4'610	428	1'666	512	476	463	1'140	3'417	2'732	1'679	2'808
2009	81'858	12'372	10'221	4'513	433	1'659	475	457	464	1'175	3'320	2'605	1'639	2'648
2010	80'788	12'260	10'167	4'506	396	1'654	453	462	451	1'152	3'283	2'548	1'587	2'712
2011	80'633	12'411	9'990	4'468	411	1'654	443	425	432	1'219	3'461	2'567	1'537	2'624
2012	80'678	12'420	9'839	4'522	389	1'614	474	422	425	1'212	3'306	2'543	1'584	2'606
2013	78'771	12'404	9'386	4'349	395	1'574	415	430	412	1'194	3'360	2'555	1'527	2'557
2014	77'815	12'223	9'267	4'163	360	1'530	449	410	404	1'174	3'401	2'366	1'532	2'610
2015	77'496	12'445	9'079	4'018	380	1'535	441	432	348	1'186	3'280	2'448	1'462	2'590
2016	76'814	12'645	8'998	3'663	369	1'557	435	400	360	1'233	3'351	2'342	1'519	2'518
2017	74'921	12'353	8'700	3'566	347	1'422	402	383	342	1'169	3'254	2'278	1'468	2'467
2018	73'900	12'514	8'542	3'522	348	1'433	386	386	340	1'168	3'196	2'261	1'479	2'389

Abgangsjahr	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
1998	833	604	202	5'753	2'080	6'212	3'107	2'867	5'787	3'019	1'508	3'691	776
1999	782	582	223	5'758	2'015	6'238	3'003	2'814	5'752	3'057	1'600	3'781	732
2000	770	624	199	5'609	2'148	6'540	3'010	2'768	5'598	2'869	1'627	3'885	742
2001	809	652	213	5'722	2'095	6'346	2'925	2'835	5'786	3'074	1'692	4'014	811
2002	741	584	225	5'635	2'081	6'176	2'792	2'800	6'326	3'115	1'656	3'989	747
2003	825	603	201	5'438	2'156	6'038	2'811	2'912	6'667	3'075	1'771	4'193	771
2004	866	628	229	5'625	2'247	6'309	2'978	2'863	6'644	3'215	1'781	4'414	850
2005	876	648	213	5'946	2'180	6'593	3'143	2'880	7'044	3'288	1'910	4'534	834
2006	860	658	246	6'062	2'133	6'543	3'124	3'058	7'242	3'372	1'878	4'709	828
2007	810	667	257	6'108	2'111	6'650	3'121	3'111	7'484	3'383	1'930	4'903	915
2008	812	677	244	6'149	2'226	6'610	3'129	3'126	7'382	3'365	1'974	4'738	848
2009	812	645	238	5'564	2'050	6'459	3'131	3'106	7'161	3'251	1'790	4'853	816
2010	791	623	239	5'385	1'910	6'277	2'936	3'017	7'168	3'283	1'812	4'899	819
2011	789	608	225	5'380	1'855	6'179	2'968	3'084	7'212	3'159	1'849	4'856	826
2012	776	603	218	5'215	1'937	6'287	2'801	3'192	7'484	3'239	1'795	4'959	815
2013	761	604	219	5'097	1'826	6'138	2'739	3'138	7'224	3'060	1'783	4'816	806
2014	702	591	199	5'076	1'843	5'844	2'748	3'068	7'320	3'107	1'729	4'851	851
2015	708	539	198	4'915	1'860	5'890	2'659	3'141	7'371	2'980	1'797	4'987	808
2016	682	517	187	4'874	1'888	5'748	2'632	2'962	7'454	3'029	1'730	4'918	802
2017	646	500	177	4'676	1'766	5'607	2'490	3'072	7'324	2'961	1'759	4'986	807
2018	647	494	185	4'604	1'636	5'620	2'438	2'930	7'242	2'887	1'721	4'759	774

Quelle: Bundesamt für Statistik, Bildungsperspektiven, Szenario "Konvergenz".

Anhang 4 Beispiele von kantonalen Websites zu den Gesundheitsberufen

GR: www.bgs-chur.ch

VD: www.cips-vd.ch

BE: www.gesundheitsberufe-bern.ch

SH: www.ibg-sh.ch

ZH: www.puls-beruf.ch

BS/BL: www.xundjobs.ch

Zentralschweiz: www.zigg.ch

Anhang 5 Szenarien für den Nachwuchsbedarf

Nachwuchsbedarf Szenario lange Berufsverweildauer: – Tertiärstufe 20 Jahre – Sekundarstufe II 15 Jahre – Assistenzstufe / Kurse 10 Jahre	Referenzszenario Obsan, Bezugsjahr 2006	Alternativszenario Obsan, Bezugsjahr 2006
	<i>Ergebnis A</i>	<i>Ergebnis C</i>
Therapeutische Berufe	318	369
Medizinisch-technische Berufe	503	585
Hebammen	99	105
Pflegeberuf auf Tertiärstufe	4'087	4'752
<i>Pflege und Betreuung Sek. II berufsverbleibend</i>	<i>1'920</i>	<i>2'079</i>
<i>Pflege und Betreuung Sek. II Zubringerfunktion</i>	<i>2'044</i>	<i>2'376</i>
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II total	3'964	4'455
Pflege und Betreuung Assistenzstufe PA / EBA	1'353	1'460
Total Personen mit Berufsausbildung	10'323	11'726
Pflege- und Betreuungskurse	2'714	2'868
Ungelernte in Pflege und Betreuung	1'998	2'122
Total Personen	4'712	4'990

Nachwuchsbedarf Szenario moderate Berufsverweildauer: – Tertiärstufe 15 Jahre – Sekundarstufe II 12,5 Jahre – Assistenzstufe / Kurse 10 Jahre	Referenzszenario Obsan, Bezugsjahr 2006	Alternativszenario Obsan, Bezugsjahr 2006
	<i>Ergebnis B</i>	<i>Ergebnis D</i>
Therapeutische Berufe	412	464
Medizinisch-technische Berufe	653	735
Hebammen	120	135
Pflegeberuf auf Tertiärstufe	5'301	5'965
<i>Pflege und Betreuung Sek. II berufsverbleibend</i>	<i>2'232</i>	<i>2'391</i>
<i>Pflege und Betreuung Sek. II Zubringerfunktion</i>	<i>2'650</i>	<i>2'983</i>
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II total	4'883	5'373
Pflege und Betreuung Assistenzstufe PA / EBA	1'564	1'671
Total Personen mit Berufsausbildung	12'933	14'343
Pflege und Betreuungskurse	2'714	2'868
Ungelernte in Pflege und Betreuung	1'998	2'122
Total Personen	4'712	4'990

Anhang 6 Empfehlungen für die Einschätzung des Nachwuchsbedarfs

Dieser Anhang versteht sich als Entwurf einer Arbeitshilfe zur Einschätzung des Nachwuchsbedarfs auf Stufe der Betriebe oder auf Stufe des Versorgungssystems. Es soll aufgrund der Erfahrungen bei seiner Anwendung weiterentwickelt werden. Die Rechenmatrix ist auch als Excel-Datei verfügbar.³⁸

1. Übergeordnete Planungsgrundlagen

Grundlage für die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs bilden namentlich die folgenden übergeordneten Planungsgrundlagen:

- Die kantonalen Versorgungsstrategien und Versorgungsplanungen (Spitalplanung und Altersplanung; Spital- und Pflegeheimliste) zeigen auf, welche Bedarfsentwicklung leistungseitig erwartet wird und wie sich diese Bedarfsentwicklung auf die Leistungen der einzelnen Versorgungsbereiche (Spitäler, Heime und Kliniken) auswirken wird.
- Massgebend ist auch der vorgegebene Rahmen der kantonalen Steuerungssysteme: Finanzierungssysteme, strukturelle Qualitätsvorgaben, Bestimmungen der Betriebsbewilligungen.
- Die bundesrechtlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen bilden sich in den kantonalen Planungsgrundlagen und Steuerungsinstrumenten ab.

Mit Hilfe dieser Versorgungsstrategien lassen sich auf Stufe Kanton Szenarien für die Entwicklung des Leistungsbedarfs in den einzelnen Versorgungsbereichen (Akut, Langzeit stationär und teilstationär und Spitex) ableiten. Diese Szenarien können durch die Betriebe übernommen werden. Für den Nachwuchsbedarf der Betriebe ist zudem die Unternehmensstrategie massgebend, welche Aussagen zur angestrebten Unternehmensentwicklung und Positionierung im Markt macht.

2. Die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs

Für die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs sind insbesondere Einschätzungen zu den folgenden Variablen wichtig:

- Entwicklung der Leistungen,
- Entwicklung der Berufsverweildauer,
- Entwicklung des Beschäftigungsgrades,
- Entwicklung des Skill- und Grademix.

Mit Hilfe dieser Grössen kann der Nachwuchsbedarf in drei Schritten eingeschätzt werden. Die folgende Systematik kann sowohl auf Stufe Betrieb wie auch auf Stufe Versorgungssystem eingesetzt werden.

Der Nachwuchsbedarf zeigt die Zahl der Personen, die jährlich neu für das Versorgungssystem gewonnen und – sofern es sich nicht um Wiedereinsteigende oder Ungelernte handelt – auch

88 ³⁸ Die Datei kann bei der GDK oder der OdASanté nachgefragt werden.

ausgebildet werden müssen. Abwerbung von Personal aus anderen Betrieben ist - bezogen auf das Gesamtsystem - keine Massnahme zur Sicherstellung des Nachwuchsbedarfs.

Schritt 1: Ermittlung des Personalbedarfs für den Ersatz des ausscheidenden Personals

In einem ersten Schritt wird eingeschätzt, wie viele Personen aus dem Berufsleben ausscheiden werden und darum ersetzt werden müssen.

Auf Stufe Versorgungssystem und für grosse Betriebe reicht eine globale Einschätzung mit Hilfe der mittleren Berufsverweildauer für eine Einschätzung des Ersatzbedarfs für ausscheidendes Personal aus. Für kleinere Betriebe empfiehlt sich ein ergänzender Blick auf die Altersstruktur der Mitarbeitenden in den einzelnen Berufsgruppen.

In einem ersten Teilschritt werden der aktuelle Personalbestand und Stellenplan eingefügt und Annahmen zur Berufsverweildauer der einzelnen Berufsgruppen getroffen. Der jährliche Ersatzbedarf für austretendes Personal (Spalte 5) ergibt sich durch Division der Personenzahl (Spalte 1) durch die angenommene mittlere Berufsverweildauer (Spalte 4).

Das Vorgehen ist mit einem Rechenbeispiel für den Bereich Pflege und Betreuung eines mittleren Akutspitals in der folgenden Tabelle illustriert.³⁹

	<i>Spalte 1</i>	<i>Spalte 2</i>	<i>Spalte 3</i>	<i>Spalte 4</i>	<i>Spalte 5</i>
	Beschäftigte Personen 2009	Stellen 2009	mittlerer Beschäftigungsgrad 2009	angenommene Berufsverweildauer in Jahren	Ersatzbedarf für austretendes Personal 2009
Tertiärstufe	370	284.2	76.8%	20.0	18.5
Sekundarstufe II	140	105.2	75.1%	15.0	9.3
Assistenzstufe	80	57.2	71.5%	15.0	5.3
Kurse und Ungelernte	180	122	67.8%	10.0	18.0
Total	770	568.6			51.2

Eine wichtige Grösse ist auch die Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades. Gelingt es, diesen zu erhöhen, kann austretendes Personal dadurch zumindest teilweise ersetzt werden. Der Ersatzbedarf für austretendes Personal sinkt somit. Bei einem Rückgang des mittleren Beschäftigungsgrades gilt das Umgekehrte.

Das Rechenbeispiel zeigt die Berechnung unter Berücksichtigung des mittleren Beschäftigungsgrades (BG). In Spalte 6 kann die Annahme zur Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades eingefügt werden, hier empfiehlt sich eine mehrjährige Betrachtung. In Spalte 7 ergibt sich der für 2014 angenommene mittlere Beschäftigungsgrad aus der Addition der Spalten 3 und 6.

Durch die Division des Stellenplans gemäss Spalte 2 durch den neuen mittleren Beschäftigungsgrad gemäss Spalte 7 ergibt sich der Personalbestand 2014. Die Differenz zwischen Spalte 8 und Spalte 1 zeigt die Veränderung des Ersatzbedarfs im Jahr 2014 gegenüber dem Jahr 2009. Durch

³⁹ Die Tabelle zeigt Kommastellen, dem Versorgungssystem können selbstverständlich nur ganze Personen neu zugeführt werden. Die Rundung auf ganzzahlige Werte erfolgt erst am Ende des dritten Schrittes.

die Addition der Spalten 5 und 9 ergibt sich der um die Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades bereinigte Ersatzbedarf für austretendes Personal im Jahr 2014.

	<i>Spalte 6</i>	<i>Spalte 7</i>	<i>Spalte 8</i>	<i>Spalte 9</i>	<i>Spalte 10</i>
	angenommene Veränderung des mittleren BG bis 2014	neuer Beschäftigungsgrad 2014	Beschäftigte Personen 2014	Veränderung des Ersatzbedarfs bis 2014	Ersatzbedarf für austretendes Personal 2014
Tertiärstufe	-2.0%	74.8%	380	9.9	28.4
Sekundarstufe II	5.0%	80.1%	131	-8.7	0.6
Assistenzstufe	1.0%	72.5%	79	-1.1	4.2
Kurse und Ungelernte	-3.0%	64.8%	188	8.3	26.3
Total			778	8	59.6

Mit der Einschätzung der Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrades ist auch zu prüfen, ob und welche Massnahmen für das Bewirken dieser Veränderung eingesetzt werden müssen.

In einem dritten Teilschritt können schliesslich individuelle Korrekturen, insbesondere bedingt durch die betriebsspezifische Altersstruktur der einzelnen Personalgruppen, vorgenommen werden. Auch hier werden wieder Personenzahlen und nicht Stellen eingefügt.

	<i>Spalte 11</i>	<i>Spalte 12</i>
	Individuelle Korrektur Ersatzbedarf	Ersatzbedarf Zielgrösse 2014
Tertiärstufe	1.0	29.4
Sekundarstufe II	0.0	0.6
Assistenzstufe	2.0	6.2
Kurse und Ungelernte	1.0	27.3
Total	4.0	63.6

Schritt 2: Berücksichtigung von Veränderungen im Skill- und Grademix

Verschiedene Faktoren wie veränderte Aufgabenstellungen, veränderte Kompetenzprofile der Berufsgruppen, neue Instrumente und Hilfsmittel, aber letztlich auch die Situation auf dem Arbeitsmarkt und dem Ausbildungsmarkt können zu neuen Prozessen und Standards und einer veränderten Zusammensetzung des Personals nach Qualifikationen führen. Diese kann abgebildet werden, indem eine Einschätzung der künftigen Aufteilung des Stellenplans auf die Qualifikationsstufen vorgenommen wird.

Diese Veränderung ist als mittelfristiger Prozess zu verstehen, Betrachtungshorizont sind fünf Jahre. In Spalte 14 ist der aktuelle Skill- und Grademix nach Personen, wie er sich aus dem aktuellen Personalbestand gemäss Spalte 1 ergibt, aufgezeigt. In Spalte 15 können Annahmen zur künftigen prozentualen Gliederung des Stellenplans nach Qualifikationen vorgenommen werden. Dabei sollte das Total wieder 100% ergeben.

Die Veränderung des Ersatzbedarfs ergibt sich durch die Differenz von Personalbestand 2009 zu Personalbestand 2014, geteilt durch 5 wegen der fünfjährigen Prozessdauer. Die Addition von Spalte 12 und Spalte 17 ergibt den jährlichen Ersatzbedarf unter Berücksichtigung der Veränderung des Skill- und Grademix.

	<i>Spalte 14</i>	<i>Spalte 15</i>	<i>Spalte 16</i>	<i>Spalte 17</i>	<i>Spalte 18</i>
	Skill- und Grademix 2009	angenommener Skill- und Grademix 2014	Beschäftigte Personen 2014	Veränderung des Ersatzbedarfs durch neuen Skill- und Grademix	Ersatzbedarf Zielgrösse 2014 mit neuem Skill- und Grademix
Tertiärstufe	50.0%	48.0%	374	-1.3	28.1
Sekundarstufe II	18.5%	20.0%	156	4.9	5.5
Assistenzstufe	10.1%	11.0%	86	1.3	7.6
Kurse und Ungelernte	21.5%	21.0%	163	-5.0	22.4
Total	100.0%	100.0%	778		63.6

Schritt 3: Auswirkungen der Leistungsentwicklung auf den Nachwuchsbedarf

Die übergeordneten Planungen der Kantone zeigen, wie sich der Bedarf nach Leistungen in den einzelnen Versorgungsbereichen entwickeln wird. Diese werden sich auf den Bedarf nach Personal auswirken.

Leistungen und Personalbedarf entwickeln sich nicht völlig parallel, Einfluss können auch Produktivitätsgewinne haben, die mit zu berücksichtigen sind. In der folgenden Tabelle werden darum Annahmen zur „Leistungsentwicklung netto“, d.h. der eingeschätzten Zu- oder Abnahme des Personals für die Erbringung der zusätzlichen oder wegfallenden Leistungen unter Berücksichtigung möglicher Produktivitätsgewinne getroffen. Auch hier wird eine mittelfristige Betrachtung vorgenommen. Daraus wird in Spalte 21 die jährliche Auswirkung abgeleitet.

Der Zielwert für den Nachwuchsbedarf ergibt sich schliesslich durch die Addition der Spalten 18 und 21.

	<i>Spalte 19</i>	<i>Spalte 20</i>	<i>Spalte 21</i>	<i>Spalte 22</i>
	Leistungsentwicklung 2009 - 2014	Veränderung der Zahl der Beschäftigten 2009 - 2014	Jährliche Veränderung der Zahl der Beschäftigten 2009 - 2014	Zielgrösse für den Nachwuchsbedarf 2014
Tertiärstufe	6.5%	24.3	4.9	33
Sekundarstufe II	6.5%	10.1	2.0	8
Assistenzstufe	6.5%	5.6	1.1	9
Kurse und Ungelernte	6.5%	10.6	2.1	24
Total		51	10.1	74

3. Schlussbetrachtung

Im Endergebnis resultiert eine objektivierte Einschätzung des mittelfristigen Nachwuchsbedarfs. Diese bildet die Zielgrösse, welche der Betrieb für sich selber erreichen sollte, um seinen eigenen Nachwuchsbedarf abzudecken. Selbstverständlich beinhaltet die Berechnungsmatrix eine starke Reduktion der Realität. Faktisch gibt es eine Vielzahl weiterer Faktoren, die Einfluss auf den Nachwuchsbedarf haben. Die Berücksichtigung der wichtigsten Faktoren gibt immerhin einen Zielrahmen. Die Variation dieser Faktoren in der Berechnungsmatrix zeigt, welche Faktoren wie stark wirken und hilft mit, die Wirkung von betrieblichen Massnahmen besser einzuschätzen.

Das Ergebnis für das Versorgungssystem ist separat zu betrachten. Das Potential der Betriebe zur Ausbildung in Gesundheitsberufen ist unterschiedlich. Aus strukturellen Gründen haben die Spitäler die besten Ausbildungsmöglichkeiten, diejenigen der Spitex sind strukturell begrenzt. Bisher haben die Spitäler in der Ausbildung einen Solidarbeitrag an das Versorgungssystem geleistet, der auch künftig erforderlich sein wird. Noch wichtiger wird aber sein, dass der Langzeitbereich und der ambulante Bereich ihre Ausbildungsanstrengungen deutlich erhöhen.